



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

CLEVERTON ALVES DE SOUZA  
MAYARA AUGUSTA MONTEIRO RAMOS

**A POPULAÇÃO NEGRA COM HIV E AIDS EM SERGIPE: RECORTES DA  
DESIGUALDADE RACIAL**

SÃO CRISTÓVÃO

2019

CLEVERTON ALVES DE SOUZA  
MAYARA AUGUSTA MONTEIRO RAMOS

**A POPULAÇÃO NEGRA COM HIV E AIDS EM SERGIPE: RECORTES DA  
DESIGUALDADE RACIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal de Sergipe, como  
requisito para obtenção do título de Bacharel  
em Serviço Social, sob orientação da Profa.  
Dra. Maria da Conceição Almeida  
Vasconcelos.

SÃO CRISTÓVÃO

2019

**CLEVERTON ALVES DE SOUZA  
MAYARA AUGUSTA MONTEIRO RAMOS**

**A POPULAÇÃO NEGRA COM HIV E AIDS EM SERGIPE: RECORTES DA  
DESIGUALDADE RACIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para a conclusão do curso de Serviço Social, sob a orientação da Profa. Dra. Maria da Conceição Almeida Vasconcelos.

DATA DE APROVAÇÃO: 29 de agosto de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria da Conceição Almeida Vasconcelos (Orientadora) – Departamento de Serviço Social/Universidade Federal de Sergipe

---

Dilmara da Cruz Andrade (Examinadora)  
Assistente Social – 1485 CRESS/SE 18º Região

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Carvalho Santos – Departamento de Serviço Social/Universidade Federal de Sergipe (Examinadora)  
Departamento de Serviço Social/Universidade Federal de Sergipe

Dedicamos este trabalho às pessoas com HIV e AIDS, particularmente às negras, com carinho e admiração.

## **AGRADECIMENTOS (CLEVERTON)**

Início agradecendo a Deus pela sua infinita misericórdia e bondade, e por me possibilitar concretizar este trabalho tão significativo para mim, mostrando-me que sou mais forte do que penso ser.

Em conversa com um amigo, certa vez, ele disse a seguinte frase: “Cada flor tem o momento exato para desabrochar. Restam-nos, após plantar, esperar o tempo de colher seus frutos”. Assim, o fiz no decorrer da minha graduação, dedicando-me em cada oportunidade, driblando os percalços que me faziam desistir, a fim de atingir um objetivo que transcende palavras, refiro-me ao amor imensurável que sinto por ti, MÃE. Essa conquista é sua, pela guerreira que és, pelo exemplo de ser humano, e por ser acima de tudo tão incrível, incentivando-me a prosseguir mesmo quando todos diziam o contrário. Por estes motivos, entre outros, tu tens sido o motivo mais forte para impulsionar minhas ações, para continuar caminhando, alcançar objetivos e realizar meus sonhos. É por você e para você, Mercia!

Ao meu pai, Antônio (“In memoriam”), com carinho e admiração. Essa conquista também é sua. Aos meus irmãos, Everton e Jessica, vocês foram peças fundamentais nesse processo. As minhas sobrinhas, Lara Beatriz e Alicia Emanuely, saibam que cada momento que desfruto de suas companhias saio fortalecido e revigorado, amo-as muito. Quanto aos demais familiares, obrigado àqueles que indiretamente ou diretamente contribuíram com esta vitória, em especial, a minha avó Josefina, és minha fonte de inspiração, pela sua índole e caráter. Aos meus padrinhos Rogério, Cicília e Jacira, meu muito obrigado.

Sou infinitamente grato, ao meu pai-amigo, Gilterlan (leia-se: Gil, um anjo terrestre). Tu me inspiras pela leveza que conduz a vida, pela sua simplicidade e por estar sempre ali disposto a me ajudar. Graças ao seu suporte, companheirismo, humildade e afetuosidade, tenho conseguido realizar sonhos os quais, muitas das vezes, julgo impossível. Obrigado, de coração, por tudo!

Nesse rol de pessoas imprescindíveis, destacam-se: Mylena, Maisa, Anne, Evilly e Glaucia, agradeço-as pelo apoio, palavras de incentivo, abraços. Sou privilegiado por tê-las em meu ciclo de amigos, afinal, vocês são mulheres extraordinárias, que me orgulham a cada dia. Obrigado também por compreender meus distanciamentos, momentos de estresse, e, por acima de tudo, estimularem a prosseguir na luta pelos meus objetivos. Amo-as!

Ao Programa de Educação Tutorial (PET- Serviço Social), sou grato pelas experiências vivenciadas e aprendizados possibilitados, em especial, a tutora Lúcia Aranha pela sua generosidade e comprometimento.

Aos amigos, George, Graiany, Augusto César, Luana Batista, Izy Rebeca, Susana, Líria Regina, Mariana Cristo, Rosa, Nauanne, Leislayne, Bianca, Joiciane, Laila, Erica, Tatiane, Mariana Rodrigues, Alexandre, Suellem, Everton Lima, Vaninha, Izabel, Magda, Carminha, Karol, Andrea, Junior, Nathy, Paulinha, Valmaria, David e Paulinho, saibam que contribuíram nesse processo e admiro-os muito.

Quanto às minhas amigas maravilhosas, Vivi Rocha, Maysa, Amélia, Victória, Rayane, Cintia e Edênia, sem vocês nada disso teria sentido, tendo em vista que enchem minha vida de afetividade, carinho e harmonia, além de me proporcionarem momentos de distração e acima de tudo darem aquele abraço amigo nos momentos que mais necessito.

À minha orientadora, Conceição, que tanto admiro, sou grato pela confiança, apoio e pelo exemplo profissional. Você é, e será minha inspiração como profissional e ser humano, pela sua generosidade, praticidade e objetividade. Obrigado, de coração, por tudo! À minha supervisora de campo, Karla, sinto-me lisonjeado por estar próximo de uma profissional tão responsável e comprometida, você é fantástica. Ah, obrigado pelos aprendizados diários e por sua amizade.

Reservei os momentos finais para agradecer àqueles que foram responsáveis pela concretude deste trabalho. Primeiramente agradeço a minha dupla, parceira e amiga, Mayara. Nesse momento, as palavras começam a esvaír, pois quando lembro de ti, revivo os entraves vivenciados ao decorrer desse processo, que graças ao seu equilíbrio, generosidade e responsabilidade, conseguimos contornar. Nossa amizade transcende o âmbito acadêmico, uma vez que além de musa inspiradora na escrita, você é incrivelmente perfeita, dona dos melhores argumentos, demasiadamente humana e comprometida. Putz, May! Fica difícil, nos limites desses caracteres, descrever minha admiração e carinho por ti. Assim sendo, reafirmo que essa conquista só foi mais leve e prazerosa, porque você estava ao meu lado, e espero que assim seja para sempre. Você vai longe, saiba que estarei sempre aqui torcendo e vibrando com suas conquistas. Te amo, você é foda!

Por fim, agradeço a Marcelo (profissional da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe), haja vista que sua contribuição, assiduidade, compromisso e empatia, possibilitaram dar materialidade a esse estudo. Em nome da dupla, fica aqui nosso muito obrigado!

## **AGRADECIMENTOS (MAYARA)**

Ubuntu. A filosofia africana que traz enquanto significado “eu sou, porque nós somos” está vívida na minha mente neste momento. Se estou aqui, na reta final desta etapa da minha vida acadêmica, o faço porque outras e outros vieram e lutaram por mim, anteriormente, de modo que a força advinda deles me alimenta. Poderia citar inúmeras figuras nas quais encontro inspiração, mas restringir-me-ei, inicialmente, aos meus pais, a quem devo tudo.

Obrigada meu pai, Moacir, por ter percorrido uma trajetória de vida árdua para chegar onde chegou, me provendo o possível -e o impossível-; por ser tão presente e afetuoso e por acreditar em mim mesmo quando não acredito, muito obrigada. À minha mãe, Maria José, agradeço por tudo, por ser e estar sempre ao meu lado, a senhora é mais do que um suporte, é a base e toda a estrutura, obrigada pelos pequenos atos em que transborda amor. Essa vitória é dos senhores. Amo-os.

À minha irmã, Marise, meu muito obrigada, por tirar minhas dúvidas, me auxiliar com as atividades acadêmicas e por entender todas as vezes em que não pude fazer algo porque as demandas deste trabalho não permitiram. Você é alguém em quem me inspiro, seu comprometimento com os estudos e os frutos que têm colhido me mostram que é possível chegar lá, onde quer que esse “lá” seja. À minha avó, de quem herdei o nome e louvo a coragem, meus muitos tios e tias, primos e primas, meu muito obrigada.

Dito isso, atendo-me aos meus amigos, de longa data. Sou agraciada por tê-los e por vivenciar desse afeto e cuidado nos momentos em que preciso, muito obrigada por serem suporte, por ouvirem minhas lamentações, por compreenderem este momento atribulado e, acima de tudo, por torcerem e acreditarem tanto em mim, desde sempre e para sempre, Alefe, Karol, Day e Gabriel, vocês são incríveis e sou privilegiada por tê-los na minha vida. Meu muito obrigada, por tudo.

Ainda no que diz respeito às amigadas, Edênia e Victoria, muito obrigada por partilharem lágrimas e sorrisos, vocês tornaram a vivência na UFS repleta de afetividade e humanidade. Saibam que são mulheres incríveis em quem me inspiro e encontro colo. Com vocês experienciei e cresci muito ao longo destes cinco anos. Levarei essa amizade, construída devagarinho, repleta de amor e companheirismo, para o resto da vida. Obrigada por tudo. Estarão eternamente no meu coração. `

Falando em mulheres maravilhosas, Maysa, Amélia, Rayane, Micaelly, Líria, Mariana, Tati, Cíntia, Vivi e Rafa, meu muito obrigada. Vocês são espelhos para mim, mulheres fortes

que tenho o prazer de ter ao meu lado, foram imprescindíveis para que eu trilhasse essa caminhada, obrigada pelo apoio.

Aos Estágios Extracurriculares que tive a honra de vivenciar, sou grata por todo o aprendizado trazido pelos profissionais e amigos do Departamento de Atendimento a Grupos Vulneráveis (DAGV) e Tribunal de Justiça, nos fóruns Gumersindo Bessa e Bel. Luiz Augusto Barreto, serei eternamente grata pelas experiências vivenciadas. Ao meu atual supervisor, Gilvan, obrigada pela parceria e ensinamentos, és referência de profissional para mim, sigamos na luta! À todas e todos os profissionais, amigas e amigos estagiários, vocês tornaram esta aprendizagem acadêmica e profissional leve, meu muito obrigada, em especial à Michelle, Miriam, Raquel, Joyce, Letícia, Edryenne, Edson, Maysa, Terezinha, Hortência e Dilmara.

Ao estágio curricular, serei eternamente grata. Na oncologia do HUSE, me senti acolhida, experienciei momentos que levarei para toda a vida. A humanidade das profissionais enche meu coração de esperança. Deise, Marlem e Agda, meu muito obrigada. Anna Maria, minha dupla, caímos de paraquedas uma ao lado da outra, numa grata surpresa, obrigada pela parceria e risadas!

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Trabalho, Questão Social e Movimento Social (GETEQ), meu muito obrigada, mantive-me próxima do debate étnico-racial, que tanto me interessa, durante toda a graduação, graças ao grupo. Professora Tereza Martins, és minha referência, obrigada! Ainda no grupo, vivenciei a iniciação científica por meio dos PIBICs, experiências engrandecedoras, ao lado de Olívia e Thamires, meninas, vocês têm muito potencial, obrigada pela parceria.

Sou infinitamente grata às peças essenciais para que este trabalho ganhasse materialidade. À orientadora, professora e parceira, Conceição, meu muito obrigada, seu comprometimento e respeito para conosco foi imprescindível para que conseguíssemos chegar à reta final. Certamente levarei os aprendizados de sala de aula para a vida!

Ao meu parceiro, dupla e amigo, Cleverton, obrigada por tudo. Você é gigante e vai longe! Agradeço o comprometimento, responsabilidade, proatividade, dedicação e empenho. Agradeço, também, à todas as risadas, brincadeiras, palavras de encorajamento e apoio, és um menino de ouro e sem você este trabalho não teria sido o mesmo, não teria a mesma leveza, apesar de todos os empecilhos, que nós bem sabemos. Nossa amizade vai para além do âmbito acadêmico!!! Meu muito obrigada, de coração, por tudo! Estarei sempre torcendo por ti, como sei que torces por mim. Te admiro e amo! Sigamos!

Por fim, agradeço à Deus e à Nanã pela concretização deste trabalho.



*“Em todo o mundo, minorias étnicas continuam a ser desproporcionalmente mais pobres, desproporcionalmente mais afetadas pelo desemprego, desproporcionalmente menos escolarizadas do que os grupos dominantes. Estão sub-representados nas estruturas políticas e super-representados nas prisões. Têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade e, conseqüentemente, menor expectativa de vida.”* (Kofi Annan, ex-secretário geral da Organização das Nações Unidas).

## RESUMO

Este estudo analisa a população negra com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em Sergipe. O propósito foi compreender a correlação entre os indicadores (sexo, faixa etária, escolaridade e zona de residência) e a população negra com HIV e AIDS; averiguar as formas de transmissão; verificar a ocorrência de HIV e AIDS por ano de diagnóstico e óbitos; e identificar os casos de HIV e AIDS em gestantes negras. No percurso do estudo foram discutidos alguns aspectos da formação sócio-histórica brasileira e da questão étnico-racial, objetivando estabelecer correlação com o HIV e AIDS e os reflexos do acesso à saúde da população negra. Trata-se de um estudo de caráter exploratório com abordagem qualitativa-quantitativa e que se referencia no método materialista histórico-dialético. Para uma melhor compreensão, aprofundamento e análise da temática, foram utilizadas as pesquisas bibliográfica e documental. Os dados foram coletados junto à Secretaria de Estado da Saúde (SES), relativos ao período de 2015 a 2017. Os resultados da investigação possibilitaram realizar uma caracterização da população negra com HIV e AIDS no estado de Sergipe, cujos resultados revelaram a ocorrência de 1240 casos de HIV por ano de diagnóstico, com predominância nas pessoas negras, do sexo masculino, faixa etária de 20 a 34 anos, escolaridade de nível médio completo, residentes na zona urbana e heterossexuais. No que diz respeito aos dados relativos à AIDS, constatou-se a existência de 992 casos por ano de diagnóstico. Exceto a escolaridade, com maior índice entre as pessoas que se encontram entre 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompleto, os demais resultados se equivalem ao de HIV. No que tange às gestantes, o percentual mais elevado apareceu entre aquelas HIV positivas. Já em relação aos óbitos, verificou-se uma maior prevalência junto às pessoas com AIDS. Demonstra-se, assim, as iniquidades ainda existentes no Brasil, que corroboram para que a população negra tenha acesso desigual aos serviços, particularmente na saúde, haja vista os traços particulares da formação sócio-histórica do país, que desde o fim da escravidão até a contemporaneidade contribuem para um processo de exclusão desta população, alvo do racismo.

**Palavras-chave:** Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). População negra. Sergipe.

## ABSTRACT

This paper analyzes the black population with Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in Sergipe. The purpose was to understand the correlation between the indicators (gender, age, education and area of residence) and the black population with HIV and AIDS; ascertain the forms of transmission; verify the occurrence of HIV and AIDS by year of diagnosis and death; and identify cases of HIV and AIDS in black pregnant women. During the study some aspects of the Brazilian socio-historical formation and the ethnic-racial issue were discussed, aiming to establish correlation with HIV and AIDS and the reflexes of access to health of the black population. This is an exploratory study with a qualitative-quantitative approach and is referenced in the historical-dialectical materialist method. For a better understanding, deepening and analysis of the theme, the bibliographic and documentary researches were used. Data was collected from the State Department of Health (SES), from 2015 to 2017. The results of the investigation made it possible to characterize the black population with HIV and AIDS in the state of Sergipe, whose results revealed the occurrence of 1240 HIV cases by year of diagnosis, predominantly black, male, aged 20-34 years, complete high school education, urban residents and heterosexuals. Regarding AIDS data, 992 cases per year of diagnosis were found. Except education, with higher rates among people who are between 5th to 8th grade of incomplete elementary school, the other results are equivalent to HIV. Regarding pregnant women, the highest percentage appeared among those who were HIV positive. Regarding deaths, there was a higher prevalence among people with AIDS. This demonstrates the existing inequities in Brazil, which corroborate that the black population has unequal access to services, particularly in health, given the particular traits of the country's socio-historical formation, which from the end of slavery to contemporaneity contributes to a process of exclusion of this population, the target of racism.

**Key-words:** Human Immunodeficiency Virus (HIV). Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Black population. Sergipe.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição por zona de residência e raça/cor dos casos de HIV por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017 .....	65
Gráfico 2 – Distribuição por zona de residência e raça/cor dos casos de AIDS por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.....	66
Gráfico 3 – Frequência dos casos de HIV segundo escolaridade e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.....	67
Gráfico 4 – Frequência dos casos de AIDS segundo escolaridade e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.....	68
Gráfico 5 – Distribuição dos casos de HIV segundo sexo e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.....	70
Gráfico 6 – Distribuição dos casos de AIDS segundo sexo e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.....	71
Gráfico 7 – Distribuição dos casos de HIV segundo faixa etária e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.....	74
Gráfico 8 – Distribuição dos casos de AIDS segundo faixa etária e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.....	75
Gráfico 9 – Distribuição dos casos de HIV segundo ano de diagnóstico e raça/cor no Estado de Sergipe 2015-2017.....	76
Gráfico 10 – Distribuição dos casos de AIDS segundo ano de diagnóstico e raça/cor no Estado de Sergipe 2015-2017.....	76
Gráfico 11 – Distribuição dos casos de HIV segundo formas de transmissão e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.....	78
Gráfico 12 – Distribuição dos casos de AIDS segundo forma de transmissão e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.....	79
Gráfico 13 – Distribuição dos casos de óbitos em pessoas com HIV segundo raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.....	82
Gráfico 14 – Distribuição dos casos de óbitos em pessoas com AIDS segundo raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.....	82
Gráfico 15 – Distribuição dos casos de HIV em gestantes segundo raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.....	84
Gráfico 16 – Distribuição dos casos de AIDS em gestantes segundo raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.....	84

## **LISTA DE SIGLAS**

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

LGBTQI+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, dentre outros

MS – Ministério da Saúde

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PPC – Paridade do Poder de Compra

SEGEPI – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SEPPPIR – Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SGEP-MS – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SISMAMA – Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama

SUS – Sistema Único de Saúde

UFS – Universidade Federal de Sergipe

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Entrevistas Telefônicas

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1 - FORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA BRASILEIRA: SINALIZAÇÕES SOBRE A QUESTÃO DO NEGRO .....	23
CAPÍTULO 2 - POPULAÇÃO NEGRA: O QUESITO RAÇA/COR E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA .....	41
2.1 - O QUESITO RAÇA/COR E SUA CORRELAÇÃO COM A QUESTÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.....	42
2.2 - A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: SUBSÍDIOS PARA REFLEXÃO .....	49
CAPÍTULO 3 - A POPULAÇÃO NEGRA COM HIV E AIDS NO ESTADO DE SERGIPE: RECORTES EPIDEMIOLÓGICOS .....	63
3.1 - POPULAÇÃO NEGRA COM HIV E AIDS EM SERGIPE: DADOS PARA UM PERFIL.....	64
3.2 - HIV E AIDS EM SERGIPE: ANO DE DIAGNÓSTICO, FORMAS DE TRANSMISSÃO E ÓBITOS NAS PESSOAS NEGRAS .....	75
3.3 - GESTANTES NEGRAS COM HIV E AIDS EM SERGIPE.....	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	87
REFERÊNCIAS .....	91
ANEXOS .....	98

## INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é realizar um estudo sobre as pessoas negras<sup>1</sup> com HIV e AIDS<sup>2</sup> em Sergipe, a partir dos dados disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Para tanto buscou-se compreender a correlação entre os indicadores (faixa etária, escolaridade, sexo e zona de residência) e a população negra com HIV e AIDS; averiguar as formas de transmissão; verificar a ocorrência de HIV e AIDS por ano de diagnóstico e óbitos; e identificar os casos de HIV e AIDS em gestantes negras.

A necessidade de pesquisar sobre a temática surgiu de interesses pessoais dos pesquisadores em compreenderem a questão étnico-racial e as novas configurações do HIV e AIDS na contemporaneidade. Na realização de leituras sobre esse tema, verificou-se diminuta produção acadêmica que tivesse como foco a correlação dos temas mencionados<sup>3</sup>, nota-se, assim, a importância de estudos que tragam para o debate conteúdos que aprofundem o assunto.

Levando em consideração a escassez supramencionada e a relevância de se estudar sobre uma população historicamente marginalizada, nota-se a imprescindibilidade de, enquanto estudantes de Serviço Social, nos apropriarmos desse debate, pois no decorrer da graduação foram insuficientes as abordagens sobre a questão étnico-racial e, especificamente, sobre a saúde da população negra, uma vez que não há no currículo do curso da Universidade Federal de Sergipe (UFS) disciplinas obrigatórias que tratem sobre o conteúdo, e quando o fazem é de forma pontual, através da disciplina optativa “Tópicos Especiais”.

Dessa forma, para que o estudo fosse realizado consideramos pertinente recorrer ao banco de dados da SES, uma vez que o mesmo traz informações que expressam a realidade da atenção à saúde da população negra em Sergipe, em especial as pessoas com o HIV e AIDS.

---

<sup>1</sup> Esta pesquisa adota a classificação “negro”, incluindo nesta categoria “pardos (as)” e “pretos (as)”. Segundo Martins, T. (2012, p. 13) esse “[...] procedimento parte do entendimento de que tanto os (as) pretos (as) quanto os(as) pardos(as) sofrem a mesma discriminação racial, não apresentando, portanto, conforme constam Carlos A. Hasenbalg e Nelson do Vale Silva, diferenças substantivas entre a situação socioeconômica dos (as) pretos(as) e dos (das) pardos(as).”

<sup>2</sup> HIV significa Vírus da Imunodeficiência Humana, já o termo AIDS refere-se à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, que por sua vez é o estágio final da patologia causada pelo HIV. Assim, possuir HIV é diferente de ter AIDS, tendo em vista que as pessoas soropositivas podem apresentar o vírus e não desenvolverem a doença, ou seja, a AIDS. Isto posto, é necessário demarcar que mesmo sem desenvolver a patologia as pessoas com sorologia positiva podem transmitir o vírus através de relações sexuais desprotegidas, ao compartilharem seringas contaminadas ou durante a gestação, quando a mãe pode passar para o filho por meio da amamentação, se não tomadas medidas preventivas.

<sup>3</sup> Foram identificados 26 artigos que correlacionam os conteúdos. Embora as produções que interseccionam o HIV e a população negra seja diminuta, a discussão do recorte racial na área da saúde tem ganhado destaque no cenário nacional. As produções sobre a temática étnico-racial e pessoas HIV positivas em Sergipe não foram identificadas, posto que se encontram centradas em nível nacional.

Em posse de tais dados, a temática tornou-se concreta e passível de ser mensurada, a fim de atingir o objetivo pretendido.

Outrossim, destaca-se mais um fator que corrobora para a ilustração da importância de se estudar a saúde da população negra, ou seja, a formação sócio histórica brasileira marcada pela colonização e escravização de povos africanos, criminalização e negação de acesso à direitos. Segundo Martins, T. (2013), a pobreza atual é inegavelmente fruto da exploração advinda da relação capital e trabalho na sociedade capitalista, mas em se tratando da realidade brasileira, tal exploração não pode ser visualizada sem vislumbrar a formação sócio-histórica do país que, desde a abolição da escravidão, marginalizou os negros, a ponto de estes não chegarem a integrar a classe operária no país, ocupada por imigrantes, não negros. Por isso, tratar a questão social<sup>4</sup> por si só, sem realizar os recortes de raça e etnia<sup>5</sup> faz com que não seja captada a totalidade de nuances que afeta a classe trabalhadora brasileira.

À luz desse cenário, é possível verificar que a não inserção no mercado de trabalho pós-escravidão, impossibilitou a essa população o acesso a direitos sociais, marginalizando-a cada vez mais. Apreende-se daí, a partir da discussão realizada por Martins, T. (2013), a relação histórica e estrutural entre pobreza e negritude no Brasil – advinda da pretérita negação do trabalho e da dignidade dessa população – e não consequência da falta de esforço ou capacidade deles.

Almeida, S. (2015) acrescenta que o avanço dos moldes do capitalismo brasileiro não foi capaz de inserir o negro na sociedade de classes, pelo contrário, acentuou a desigualdade social existente no país. Afinal, não há como considerar igual uma sociedade em que dado grupo populacional, baseado na cor de pele e traços fenotípicos, é impedido de participar dos processos sociais, ficando em situação marginalizada.

---

<sup>4</sup> Iamamoto (2008, p. 27) compreende a questão social como: “[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.”

<sup>5</sup> “O uso do termo raça ao longo do trabalho nada tem de biológico, contudo a invalidação científica do conceito de raça não elimina sua influência como categoria social, carregada de ideologia, visto que atua na manutenção das relações de poder e dominação. O conteúdo de raça está baseado no componente morfo-biológico e o da etnia é sociocultural, histórico e psicológico. Assim, um conjunto populacional referenciado como “raça branca” ou “raça negra”, pode conter no seu interior diferentes etnias. A etnia constitui um conjunto de indivíduos que, histórica ou mitologicamente têm um ancestral comum, uma língua em comum, uma mesma religião, uma mesma cultura e/ou convivem num mesmo território. Contudo, a ideias sobre raça e etnia são também ideologicamente manipuladas e demandam um trato crítico, considerando que o complexo categorial que as envolve transformando-as em questão étnico-racial não é uma entidade estática.” (MUNANGA, 2003 apud PROCOPIO, 2017, p. 247- 248).



Isto posto, verifica-se que impera no país a igualdade no âmbito legal, embasada no mito da democracia racial<sup>6</sup>, onde todos são iguais, independente de cor, num país miscigenado. No entanto, a suposta igualdade não é concretizada, levando os indivíduos negros à exclusão e à marginalização, ao retirar deles o direito de lutar, afinal não há por que reivindicar algo numa sociabilidade que aparentemente, na legislação, garante a equidade.

Nessa direção, a população negra tem o racismo enquanto fator intensificador das desigualdades a que é submetida nos mais distintos âmbitos da vida social. No tocante aos serviços públicos de saúde, este acesso é comprometido devido ao racismo estrutural e institucional<sup>7</sup>, através do qual as instituições negligenciam esses usuários com atitudes discriminatórias, desrespeitosas e estereotipadas, que os impedem de ter pleno acesso aos seus direitos, num atendimento que deveria ocorrer de forma humanizada. Destaca-se que para além do fator institucional, as ações racistas também são refletidas nas condutas individuais.

Os dados do Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que mais da metade da população brasileira (50,7%) se autodeclarou preta ou parda (BRASIL, 2017). Em se tratando de situação socioeconômica, os dados mostram que em 2017 a taxa de desocupação foi maior para a população preta e parda do que para a população branca (diferença de 4,6%, chegando a 6,9% no Espírito Santo), ademais, o rendimento domiciliar per capita médio dos negros se aproximava da metade da média recebida por brancos (50,3%). No mesmo ano, a proporção de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar *per capita* inferior a US\$ 5,50 PPC<sup>8</sup> era de 26,5%, com considerável aumento ao se fazer o recorte étnico-racial: a incidência de pobreza atinge 34,1% dos homens pretos e pardos, 34,8% das mulheres pretas e

---

<sup>6</sup> “[...] o mito da democracia racial continua a retardar as mudanças estruturais. As elites, que se apegaram a ele numa fase confusa, incerta e complexa de transição do escravismo para o trabalho livre, continuam a usá-lo como expediente para “tapar o sol com a peneira” e de autocomplacência valorativa. Pois consideremos: o mito — não os fatos — permite ignorar a enormidade da preservação de desigualdades tão extremas e desumanas, como são as desigualdades raciais no Brasil; [...] Onde não existe sequer democracia para o dissidente branco de elite haveria democracia racial, democracia para baixo, para os que descendem dos escravos e libertos negros ou mulatos?! Poderia existir democracia racial sem certas equivalências (não digamos igualdades.) entre todas as raças?” (FERNANDES, 1989, p. 17).

<sup>7</sup> “O termo racismo institucional [...] refere às operações anônimas [ou não] de discriminação em organizações, profissões, ou até mesmo sociedades inteiras. É anônimo na medida em que os indivíduos podem negar a acusação de racismo e se abster da responsabilidade. [...] se o padrão de exclusão persiste, as causas devem ser procuradas nas instituições [...] nas suposições não expressas nas quais tais organizações baseiam suas práticas e nos inquestionáveis princípios que porventura possam usar. [...] A força do racismo institucional está em capturar as maneiras pelas quais sociedades inteiras, ou seções delas, são afetadas pelo racismo, ou talvez por legados racistas, muito tempo depois dos indivíduos racistas terem desaparecido. O racismo residual pode não ser reconhecido, nem ser intencional, mas, se não for exposto, permanecerá”. (CASHMORE, 2000, p. 469-471 apud PROCOPIO, 2017, p. 249).

<sup>8</sup> Uma das linhas internacionais de pobreza, medida em dólares, leva em consideração a Paridade do Poder de Compra (PPC).

pardas e possui percentual ainda maior nas mulheres pretas e pardas sem cônjuge e com filho(s) de até 14 anos, estas alcançam o expressivo número de 64,4%, demonstrativo da imensa desigualdade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

No tocante à saúde, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2008 dentre a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), 67% das pessoas atendidas eram negras. Em contrapartida, apenas 47,2% desses usuários se autodeclararam brancos, dados que demonstram a maioria de negros dependentes da rede pública de saúde (BRASIL, 2017).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico, de 2018, no íterim de 2007 a 2018 houve o aumento dos registros de casos de AIDS na população parda, enquanto as populações branca e preta apresentaram decréscimo nesse indicador, de 10,5 e 0,3 pontos percentuais, respectivamente. Dentre os casos notificados de infecção pelo HIV, entre 2007 e junho de 2018, 46,1% correspondem a brancos e 52,9% negros (pretos e pardos, 11,4% e 41,5%, respectivamente). Na população feminina, 41,9% dos casos ocorreram em mulheres brancas e 57,1% em negras (13,9% pretas e 43,2% pardas). Salienta-se que 8,5% dos casos possuem a informação sobre raça/cor não declarada (BRASIL, 2018a).

É necessário afirmar que na contemporaneidade, a epidemia do HIV tornou-se um fenômeno de alcance mundial que tem atingido diferentes segmentos sociais e independe de fatores como raça, condição financeira ou religiosa. Devido à sua complexidade, envolve fatores de ordem social, econômica e política.

Clementino e Souza (2017) fazem menção a análise de Santos (2005) e afirmam que devido à rápida propagação do vírus na sociedade, a doença passou a atingir novos grupos sociais, sobretudo aqueles que apresentam maiores taxas de vulnerabilidade socioeconômica, o que fez com que o vírus apresentasse novas roupagens, tais como: pauperização, feminização, juvenização, interiorização e envelhecimento.

De acordo com o Relatório Informativo disponibilizado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) em 2018, a população mundial apresenta cerca de 37,9 milhões de pessoas HIV positivas. Deste quantitativo 36,2 milhões são adultos, 1,7 milhão crianças menores de 15 anos, os quais 79% tinham conhecimento do seu estado sorológico e o restante, aproximadamente 21%, não sabiam que estavam vivendo com HIV (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2019a).

Em consonância com o último Boletim Epidemiológico, entre 2007 e 2018, no Brasil foram notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 247.795

casos de infecção pelo HIV. Deste quantitativo, 117.415 (47,4%) são da Região Sudeste, 50.890 (20,5%) da Região Sul, 42.215 (17,0%) da Região Nordeste, 19.781 (8,0%) da Região Norte e 17.494 (7,1%) se localizam no Centro-Oeste (BRASIL, 2018a).

É importante salientar que “[...] desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de aids no Brasil, que passou de 21,7/100.000 habitantes (2012) para 18,3/100.000 habitantes em 2017, configurando um decréscimo de 15,7%” (BRASIL, 2018a, p. 5).

Nota-se, portanto, um decréscimo na taxa de detecção de AIDS devido aos investimentos em medicamentos e no tratamento, uma vez que quando iniciada a utilização dos medicamentos precocemente, as chances de desenvolver a doença são reduzidas. No entanto, constata-se um aumento no número de pessoas vivendo com o HIV em nível nacional. Assim, percebe-se a incidência nos casos de infecção pelo HIV que atinge todas as regiões brasileiras, entretanto o referido boletim chama atenção ao fato de as regiões Sudeste e Sul apresentarem maiores índices em relação ao número de pessoas HIV positivas, todavia demonstram queda de 22,2% e 26,7% respectivamente na taxa de detecção de AIDS, passando de 22,0 e 32,9 casos/100 mil habitantes, para 17,1 e 24,1 casos/100 mil habitantes, nos anos de 2007 e 2017, respectivamente (BRASIL, 2018a).

As regiões Norte e Nordeste apresentam maiores tendências de crescimento na taxa de detecção. Houve um aumento de 44,2% (Norte) e 24,1% (Nordeste), ou seja, no ano de 2007 a taxa registrada foi de 16,4 (Norte) e 12,7 (Nordeste) casos/100 mil habitantes, enquanto no ano de 2017 a taxa aumentou para 23,6 (Norte) e 15,7 (Nordeste) (BRASIL, 2018a).

Clementino e Souza (2017, n.p.), enfatizam que o vírus tem predominado nas classes subalternas, ou seja,

[...] estratos mais pobres e menos assistidos tornam-se mais vulneráveis à difusão de doenças causadas por determinados agentes e vírus, por razões biológicas, pois apresentam pior imunidades, e por razões predominantemente sociais, [...] residências em locais com infra-estrutura precárias, pouca informação e baixo poder aquisitivo [...].

Com isso, compreende-se que os fenômenos sociais e biológicos possuem uma ligação, pois as populações mais populares, devido às precárias condições de vida a que estão submetidas, tendem a se tornar mais suscetíveis a adquirir doenças. Assim, concordando com o pensamento de Clementino (2014), as problemáticas relacionadas ao HIV e AIDS se apresentam enquanto expressões da questão social, pois as dificuldades existentes para conter o aumento dos casos da doença no contexto brasileiro e no mundo, superam as condições do

processo saúde-doença, englobando, assim, condições de renda, moradia, acesso a informações e oferta de serviços públicos de saúde, que atuem não apenas na doença, mas na prevenção, como mecanismo de controle da disseminação do vírus.

Dessa forma, ao perceber que as variáveis de vulnerabilidade socioeconômica influem na suscetibilidade ao HIV e sendo expresso nos indicadores sociais que a maior parte da população com as rendas mais baixas é negra, percebe-se que é intrínseca a correlação entre o HIV e o recorte étnico-racial. Isto demonstra que a questão étnico-racial, o HIV e AIDS se constituem enquanto expressões da questão social.

O cenário até aqui delineado mostra a importância da temática do HIV e AIDS, em correlação com a população negra, ser discutida e aprofundada. Por isso a preocupação desse estudo e seu propósito de conhecer melhor essa relação, a partir dos indicadores existentes em banco de dados da SES, cujo intuito é compreender, de forma específica, a intersecção entre os indicadores – faixa etária, escolaridade, sexo, zona de residência, formas de transmissão, ocorrências por ano de diagnóstico, óbitos e casos em gestantes – e a população negra com HIV e AIDS.

Nesse sentido, observa-se a relevância do estudo, uma vez que pode contribuir para o aprofundamento do tema, ainda com diminuta produção. Como resultado, espera-se que a partir da discussão suscitada seja possível conhecer melhor a realidade da população negra HIV positiva usuária da política de saúde, pois com avanço na produção científica sobre o tema, é possível traçar caminhos para o alcance de melhor viabilização de direitos para esse grupo marginalizado, de modo que as políticas públicas voltadas para a população negra sejam solidificadas, tendo como norte os princípios da equidade e igualdade de direitos para os distintos grupos étnico-raciais que constituem a sociedade brasileira.

Objetivando dar exequibilidade ao processo da pesquisa, alguns procedimentos metodológicos foram necessários. Conforme Minayo (2010, p.19) “[...] fazer pesquisa constitui um processo de trabalho complexo que envolve método, operacionalização e criatividade”, sendo estes responsáveis por possibilitar aproximações sucessivas com o objeto de estudo, de modo a colaborar com a produção do conhecimento que se propõe a investigar. Nessa mesma direção, Gil (2002, p.17) afirma que “[...] a pesquisa desenvolve-se ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados”, para tal é necessário que o pesquisador utilize procedimentos racionais e sistemáticos.

O método utilizado nesse estudo é o materialismo histórico-dialético, pois segundo Netto (2011) a partir dele ocorre a apreensão da realidade em sua totalidade, dialeticamente,

levando-se em conta a historicidade presente. Quanto à compreensão do objeto de estudo, parte-se da aparência para chegar à essência, situando-o historicamente no contexto em que está inserido e utilizando das contradições para se chegar ao real. Tal método permite uma melhor leitura da realidade, através de aproximações sucessivas, pois é possível apreender o constante tensionamento entre capital e trabalho, nas mais diversas dimensões, sendo utilizadas as categorias contradição, mediação e totalidade.

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório com abordagem qualitativa-quantitativa. De acordo com Minayo (2009, p. 21) a pesquisa qualitativa “[...] responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado”, o que possibilita aos pesquisadores a compreensão dos contextos socioculturais. Por outro lado, Silveira e Córdova (2009) baseiam-se na argumentação de Fonseca (2002) ao afirmarem que a pesquisa quantitativa é capaz de mensurar os resultados encontrados e visa à objetividade, além de utilizar a linguagem matemática para demonstrar as relações e causas dos fenômenos. Salienta-se que os dados qualitativos e quantitativos não são opostos, mas complementares, uma vez que se inter-relacionam de forma dinâmica. (MINAYO, 2009). Apesar do objeto de estudo investigado utilizar informações estatísticas, a análise destas necessita de uma abordagem qualitativa, o que indica a necessidade da pesquisa quali-quantitativa.

Objetivando apreender melhor o tema estudado, foram utilizadas as pesquisas bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica teve como fontes livros, artigos científicos, monografias, teses, revistas especializadas etc. Enquanto a pesquisa documental fez uso de legislações, documentos governamentais que tratam da temática e teve como fonte principal para a coleta das informações o banco de dados disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES), - dados brutos que alimentam o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) -, relativos ao período de 2015 a 2017. Este banco, por apresentar os dados ainda sem tratamento, contém informações de forma mais abrangente e sem filtragem, o que pode ocasionar um quantitativo diferente em relação aos números publicados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Entretanto, conforme informações obtidas junto aos profissionais da SES, verificou-se que há ocorrência de subnotificação dos casos no DATASUS, e os números “excedentes” provenientes dos dados sem filtro possivelmente se equivalem ao real, de modo que não há uma diferença acentuada entre os referidos bancos.

A partir da plataforma supracitada, foram capturadas informações relativas a alguns itens que tratam diretamente da situação de saúde da população negra com HIV e AIDS em

Sergipe: ano de diagnóstico, zona de residência, faixa etária, escolaridade, sexo, formas de transmissão, casos registrados em gestantes e óbitos.

Para análise dos dados foram realizados os seguintes procedimentos: codificação, tabulação e cálculos estatísticos. Posteriormente, foi feita a interpretação dos resultados tendo como referência a correlação entre os resultados oriundos da pesquisa e aqueles previamente conhecidos através de estudos e teorias anteriores (GIL, 2002). Cabe destacar que, no processo de tabulação dos dados, contou-se com o auxílio do Programa Excel.

Este trabalho está estruturado da seguinte forma: introdução, três capítulos e as considerações finais. O primeiro capítulo intitula-se “Formação sócio-histórica brasileira: sinalizações sobre a questão do negro” e destaca alguns elementos acerca dos nexos históricos que culminaram na marginalização dos negros (as), com a escravidão enquanto estruturante para a formação do capitalismo no país. Já o segundo capítulo, “População negra: o quesito raça/cor e a política nacional de saúde integral da população negra”, estabelece a conexão entre o quesito raça/cor e a saúde da população negra, que através da luta do movimento negro, culminou na política destinada à esse grupo populacional, ao reconhecer o racismo enquanto determinante social de saúde. Apresentados estes elementos, o último capítulo denominado “A população negra com HIV e AIDS no estado de Sergipe: recortes epidemiológicos” expõe os resultados da pesquisa, a partir de três eixos de análise: a) População negra com HIV e AIDS em Sergipe: dados para um perfil; b) HIV e AIDS em Sergipe: formas de transmissão, diagnóstico e óbitos nas pessoas negras; c) Gestantes negras com HIV e AIDS em Sergipe. Nas considerações finais é realizada uma síntese dos aspectos principais da pesquisa.

**CAPÍTULO 1 - FORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA BRASILEIRA: SINALIZAÇÕES  
SOBRE A QUESTÃO DO NEGRO**

Este capítulo discute a compreensão da questão étnico-racial e sua interconexão com o HIV e AIDS, pois apresentam traços particulares que precisam ser analisados a partir das características que compõem a formação sócio-histórica brasileira. Neste capítulo trazemos para o debate algumas dessas características, estabelecendo-se mediações históricas e analíticas sobre a realidade brasileira, enquanto um processo dinâmico, contraditório e modificável.

Para o entendimento do tema é necessário, preliminarmente, compreender os determinantes históricos que resultaram na exclusão e discriminação da população negra no Brasil. Nessa direção, não podemos perder de vista a escravidão enquanto elemento primordial para a constituição do capitalismo no país.

Araújo (2008, p. 87) afirma que a sociedade brasileira possui uma formação sócio histórica caracterizada

[...] pelo caráter periférico e dependente na organização da economia capitalista em nível internacional. Pelo seu lugar originário de Colônia, as marcas de sua vinculação a interesses forâneos em detrimento das necessidades nacionais se mantiveram, apesar das grandes mudanças e transformações, do novo que se pôs, mais especificamente a partir da Proclamação da República. Um dos aspectos que mais chama atenção como marca desse processo histórico, além dessa reposição do velho no novo, é a característica das elites nacionais, da burguesia nacional, ser protagonista de seguidos processos de ‘transformação pelo alto’ como estratégia para garantir sua dominação de classe, ainda que paralelamente articule a construção de suportes ideológicos que dêem sustentação à sua hegemonia.

Prado Júnior (2011) destaca que podemos compreender a formação social do Brasil a partir de dois fatores: o primeiro refere-se aos três séculos de colonização e as características essenciais contidas nesse período, e o outro relaciona-se à interpretação e o acompanhamento posterior dessa época, que serve para depreender como o país se encontra nos dias atuais. Significa dizer que o fundamento da compreensão da realidade brasileira na contemporaneidade se deve aos resquícios do período da colonização, que apresenta atualmente traços de continuidade, especialmente no processo de desigualdade social e econômica no país.

Sobre isso, o referido autor destaca algumas características que são específicas da estrutura econômica e social brasileira.

No terreno econômico, por exemplo, pode-se dizer que o trabalho livre não se organizou ainda inteiramente em todo país. Há apenas, em muitas partes dele, um processo de ajustamento em pleno vigor, um esforço mais ou



menos bem-sucedido naquela direção, mas que conserva traços bastante vivos do regime escravista que o procedeu. O mesmo poderíamos dizer do caráter fundamental da nossa economia, isto é, da produção extensiva para o mercado exterior, e da correlata falta de um largo mercado interno solidamente alicerçado e organizado. Donde a subordinação da economia brasileira a outras estranhas a ela; subordinação aliás que se verifica também em outros setores. Numa palavra, não completamos ainda hoje a nossa evolução da economia colonial para nacional. (PRADO JÚNIOR., 2011, p. 9-10).

Deste modo, a economia brasileira apresenta traços atrasados em relação aos países centrais e isto se constitui como algo inerente ao desenvolvimento do capitalismo, que consegue, mediante a lógica de subordinação e desigualdade no processo de aprimoramento das forças produtivas, aumentar sua taxa de exploração e, conseqüentemente, ampliar sua taxa de lucro, o que garante sua manutenção. Outrossim, temos como marca basilar uma economia voltada e subjugada aos interesses do capital internacional, que a controlava e regulava em conformidade com o que fosse mais conveniente.

Sob o mesmo ponto de vista, Fernandes (2006) aponta a economia voltada para a exportação com manutenção das estruturas coloniais, pois os antigos senhores donos das terras se transformam em uma aristocracia agrária, de modo que a estrutura mercantil visava atrelamento com o mercado internacional, em detrimento do nacional, que recebia menor importância.

Assim, o papel do senhor de engenho “[...] reduzia-se, pura e simplesmente, à forma assumida pela apropriação colonial onde as riquezas nativas precisavam ser complementadas ou substituídas pelo trabalho escravo.” (FERNANDES, 2006, p. 32). Portanto, a realização do trabalho envolvia o processo de expropriação de terras e exploração do escravo em favorecimento aos interesses econômicos da Colônia.

Partimos do pressuposto de que a escravização de africanos e seus descendentes em terras nacionais não ocorreu por acidente - representou uma política de Estado. A utilização da mão de obra, trazida compulsoriamente do continente africano, veio suprir a carência de força de trabalho nas grandes lavouras de monocultura da colônia, a qual, por sua vez, abastecia o sistema mercantilista com açúcar, café e algodão. (MENEZES, 2010, p. 16-17).

A autora sinaliza que os colonizadores utilizavam o discurso de que os povos africanos eram pagãos e atrasados, com o fim de justificar de forma “plausível” as diversas atrocidades que a escravidão “moderna” ocasionava. Deste modo,

A escravidão era vista como natural e necessária para o desenvolvimento e enriquecimento da colônia. Apesar da vasta extensão territorial (e talvez também por isso), a utilização de mão de obra africana não era questionada - pelo contrário, uma vez que o tráfico era muito lucrativo. A Igreja Católica, desde o início, levantou-se contra a escravização indígena, mas não questionou a legitimidade da escravização de africanos - era inclusive proprietária de várias 'peças'. (MENEZES, 2010, p. 18).

Nesse momento, a elite colonial vivenciou um cenário de prosperidade devido ao tráfico de escravos aumentando principalmente sua lucratividade. “Há que se destacar, no entanto, que o capitalismo inglês beneficiou-se diretamente do regime escravocrata brasileiro, pois era o destinatário de matérias-primas produzidas aqui.” (MENEZES, 2010, p.18).

Com isso, as tentativas de transferência dos modelos das economias centrais não visavam um real desenvolvimento interno, mas sim a articulação com esses países, mantendo e reforçando o teor dependente da economia brasileira. Desse modo, a expansão do capitalismo no Brasil ocorreu de forma paralela e diferenciada do que acontecia nos países “desenvolvidos”. (FERNANDES, 2006).

Assim, no que concerne à economia brasileira,

[...] as relações econômicas com o exterior não se alteraram, apenas, dentro de um contexto histórico que preservava certas dependências nucleares. [...] Por isso, o sistema de ajustamentos econômicos teria de ser alterado nesse nível, para que a ‘economia nacional’ em emergência pudesse articular-se, normalmente, às funções que lhe cabiam no cenário econômico mundial. (FERNANDES, 2016, p.116-117).

Nesse sentido, o neocolonialismo atuou na mesma direção da modernização econômica, com vistas à articulação com as hegemonias presentes no exterior. No tocante à estrutura social o cenário é bem semelhante, embora existam algumas ressalvas em determinados setores do país que “[...] ainda conservam nossas relações sociais, em particular de classe, um acentuado cunho colonial.” (PRADO JÚNIOR, 2011, p.10).

Com o advento da expansão marítima nos países, posterior ao século XV, inicia-se o processo de desenvolvimento do comércio continental na Europa, o que possibilitou a colonização e o “descobrimento” da América. Nesse momento não se almejava povoar os países desse continente, mas sim conquistar o comércio, deriva daí o prestígio aos países do Oriente. (PRADO JÚNIOR, 2011).

Assim, a emigração para a América ocorreu de modo que “[...] se adotasse universalmente nos trópicos americanos a **mão-de-obra escrava** de outras raças, indígenas do

continente ou **negros africanos importados**, muitos colonos europeus tiveram de se sujeitar, embora a contragosto, aquela condição.” (PRADO JÚNIOR, 2011, p.26, grifos nossos).

O autor destaca que as colônias tropicais do Brasil não chegaram a utilizar a mão de obra branca nesse momento, dado que países como Portugal e Espanha, a quem pertencia a maioria desses trabalhadores, não possuíam força de trabalho disponível para o processo emigratório. Surge, então, um tipo de sociedade inteiramente nova,

Mas [que] conservará no entanto um acentuado caráter mercantil; será a empresa do colono branco, que reúne à natureza, pródiga em recursos aproveitáveis para a produção de gêneros de grande valor comercial, o trabalho recrutado entre **raças inferiores que domina: indígenas ou negros africanos importados**. (PRADO JÚNIOR, 2011, p.28, grifos nossos).

Ao pontuar que o sentido da colonização se refere no plano internacional ao aspecto comercial, que tenderá sempre que possível a explorar os recursos naturais em prol do comércio europeu, sendo este o ponto central na compreensão da formação sócio-histórica brasileira. Portanto,

Se vamos à essência da nossa formação, veremos que na realidade nos constituímos para fornecer açúcar, tabaco, alguns outros gêneros; mais tarde ouro e diamantes; depois, algodão, e em seguida café, para o comércio europeu. Nada mais que isto. É com tal objetivo, objetivo exterior, voltado para fora do país e sem atenção a considerações que não fossem o interesse daquele comércio, que se organizarão a sociedade e a economia brasileiras. (PRADO JÚNIOR, 2011, p.29).

Observa-se que a característica universal é a exploração dos recursos naturais, pois desde o período colonial o país configurou-se enquanto economia agroexportadora. Para além disso, percebe-se que o recrutamento de mão de obra da população indígena e africana será responsável por constituir o sentido da colônia brasileira. (PRADO JÚNIOR, 2011). Nessa perspectiva,

A produção de uma economia colonial, e por isto destinada a um mercado externo cada vez maior, era fruto desse trabalho negro-escravo. E essa economia, que passa pela produção açucareira, pela mineração, produtos tropicais e termina na fase do café, é feita pelo negro. No entanto, esse fato não contribui em nada para que ele consiga um mínimo dessa renda em proveito próprio. Pelo contrário. Toda essa produção é enviada para o exterior, e os senhores de escravos ficam com todo o lucro da exportação e comercialização. (MOURA, 1992, p. 12).

Diante disso, nota-se que o estudo das especificidades dos indígenas e negros é imprescindível para a compreensão da totalidade do processo de formação social brasileira, pois eles são primordiais para a análise dos processos que ocorreram desde o período colonial e reverberam até a contemporaneidade. No caso do negro, ao ser trazido de maneira forçada para trabalhar na condição de escravo, o povo africano foi peça importante para a dinamização do trabalho durante os três séculos de escravidão, sendo responsável pela construção da economia insurgente. Entretanto, foram excluídos da divisão da riqueza socialmente produzida com sua força de trabalho (MOURA, 1992).

Cabe assinalar que se entre os séculos XVI e XVIII na Europa já havia sido implementado o trabalho livre e estava em desenvolvimento o processo de industrialização, no Brasil ainda predominava uma economia com foco na expansão da agricultura, especialmente por meio do cultivo da cana de açúcar. Essa condição brasileira contribuía para gerar as condições de desenvolvimento da industrialização nos países europeus, uma vez que, conforme Mendonça (2018, p. 19),

Era o próprio processo de acumulação primitiva, gerador das condições para o capitalismo industrial (nos países europeus), que fazia aqui a escravidão. E assim foi se gestando o trabalho escravo nas colônias, inclusive no Brasil, a medida em que eram desenvolvidas as produções de gêneros agrícolas (açúcar, algodão, tabaco) e metais preciosos (ouro e prata) para se reverterem em lucros para a metrópole se desenvolver economicamente.

A autora destaca ainda que no Brasil o período escravocrata durou desde meados do século XVI até início do século XIX, período no qual a população negra vivia um contexto de humilhação, discriminação, péssimas condições de vida e saúde, torturas, castigos e repressão no âmbito religioso e artístico. Somente em 1888 aconteceu a abolição da escravidão. Todavia, este acontecimento não conseguiu reparar as sequelas do referido regime, visto que seus rebatimentos ainda podem ser visualizados e sentidos no cenário contemporâneo, principalmente nas classes subalternas. Nota-se, por exemplo, que "[...] a cor da pele atua, ao longo dos tempos, como um 'critério objetivo' para definir quais postos podem e devem ser ocupados no mercado de trabalho brasileiro, e por quem." (MENEZES, 2010, p. 10).

De certo, o negro foi o grande povoador das terras brasileiras, estando presente como mão-de-obra em todo o território, nas mais diversas atividades, desde os engenhos e plantações nordestinos até a extração no Amazonas. Destaca-se que, para além de povoar, a população negra ocupou os espaços econômicos e sociais do Brasil, impulsionando seu desenvolvimento. Enquanto ao branco cabia a ocupação de locais subalternos posteriormente,

o negro “[...] vivia como se fosse um animal, não tinha nenhum direito, e pelas Ordenações do Reino podia ser vendido, trocado, castigado, mutilado ou mesmo morto sem que ninguém ou nenhuma instituição pudesse intervir em seu favor.” (MOURA, 1992, p. 16).

Assim, são reforçadas as características do Brasil, sob a perspectiva étnica, somente após muitos anos, em alguns locais específicos, os imigrantes brancos começaram a integrar camadas subalternas da população nacional, historicamente ocupada pelos outros grupos, o que traz consequências que se perpetuam até o contexto sócio-histórico atual.

É fundamental compreender a questão étnico-racial no contexto da formação sócio-histórica brasileira, tendo-se como referência o processo de colonização e, posteriormente, o desenvolvimento do capitalismo e o processo de exploração ao qual os trabalhadores foram submetidos após a emergência do trabalho livre. Esse cenário exige a compreensão das diferenças étnico-raciais, que culminaram nas desigualdades sociais e no agravamento da disparidade da sociedade de classes, especialmente, quando a condição étnico-racial é salientada. (MARTINS, T., 2016). Assim,

A discussão da questão étnico-racial se insere, portanto, nas relações de produção adotadas no âmbito dessa forma de inserção econômica do Brasil na dinâmica do capital internacional. Obviamente, nessa dinâmica as relações de produção são baseadas na superexploração da força de trabalho característica marcadamente encontrada nos países colonizados, cuja economia agroexportadora se constituiu em condição complementar às economias imperialistas. Diante dessa inserção subordinada à dinâmica do capital internacional, o Brasil é visto e tratado como fonte de matéria-prima e de força de trabalho de baixo custo, essenciais ao desenvolvimento das economias centrais. (MARTINS, T., 2016, p. 44).

Desse modo, compreendemos a questão étnico-racial como construção histórica dentro da sociedade de classes. No cenário mundial, ela associa-se ao processo de colonização no período de constituição do modo de produção capitalista. Já no Brasil, será definida e aprofundada durante o desenvolvimento do capitalismo no país, assumindo características próprias no processo de mudança do trabalho escravo para o trabalho livre, momento em que a forma de acumulação capitalista nos países da Europa precisava de modificações (MARTINS, T., 2016).

É nesse contexto de transformações e de necessidade de redefinir a força de trabalho no país que a questão étnico-racial se define e se aprofunda, uma vez que o trabalhador submetido ao trabalho escravo é posto à margem do processo produtivo que começa a se instaurar no Brasil. (MARTINS, T., 2016, p. 22).

Ao analisar os nexos das condições de trabalho, especialmente da população negra, a autora destaca que os trabalhadores negros foram considerados incompatíveis com o trabalho assalariado nos moldes capitalistas.

Esse é o ponto fulcral de determinação das relações de trabalho do negro na sociedade brasileira e, nesse sentido, ele se constitui em elemento principal da tentativa de apontar os nexos entre questão étnico-racial e o Núcleo de Fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira. (MARTINS, T., p. 23-24).

Sob o mesmo ponto de vista, é na esfera do trabalho que o período colonial deixou suas marcas mais permanentes, uma vez que o “trabalho mecânico” era estigmatizante e tornou-se mais degradante ao “substituir” o trabalho escravo pelo trabalho de “homens livres” ou “semilivres”, o que ocasionava a perda de dignidade daqueles que o faziam. Devido a isso, os imigrantes europeus não se inseriam em tais atividades laborais, deixando para os homens escravizados os trabalhos mecânicos e as atividades mais simples (FERNANDES, 2006). Nesse sentido,

A persistência da escravidão, seja no meio rural, seja no meio urbano, fez com que todo esse complexo colonial do trabalho se perpetuasse em bloco, ao longo do século XIX, dificultando a formação, a diferenciação e a expansão de um autêntico mercado de trabalho (ao lado do mercado de escravos) e facilitando a ultra-exploração do liberto e do “homem livre” ou “semilivre” [...] Por isso, os progressos imediatos da modernização e do grau de descolonização imanente à emancipação nacional não liberam o escravo nem livram a economia do trabalho escravo. (FERNANDES, 2006, p. 226).

Muito embora tenham ocorrido alterações na relação entre o capitalismo e a escravidão, ambos permanecem com as características coloniais. Desse modo, há permanência do trabalho negro enquanto trabalho braçal, bruto e doméstico, com o trabalho escravo não sendo absorvido em outros âmbitos enquanto trabalhador livre nas manufaturas, por exemplo. Nessa direção, Fernandes (2006, p. 227, grifos nossos) é enfático ao afirmar que

As diversas tentativas de absorção do trabalho escravo em outras órbitas ou fronteiras econômicas [...] nas quais o escravo poderia aparecer como equivalente do trabalhador livre e como agente da nova ordem econômica emergente, falharam reiterada e redondamente. **Não só porque o escravo não tinha preparo para as novas tarefas**, mas especialmente porque, mantido o padrão colonial de produção, não se podiam ampliar ou diferenciar seja a eficácia, seja a produtividade do trabalho escravo.

Menezes (2010, p. 37) pontua que durante o período colonial, a população escravizada se constituiu como a base da mão de obra, contudo, o cenário posterior, ou seja, pós-escravista apresentará especificidades visto que este

[...] não se preparou para absorver os ex-escravos e nem se preocupou com isso, já que os pretos e mulatos haviam perdido a sua condição de “agente social histórico”. Assim, passaram de escravizados a trabalhadores livres sem capacitação, tornando-se o subproletariado, já que a estrutura social modificada não mais absorvia a mão de obra advinda do trabalho forçado e não pago. Tornaram-se economicamente dispensáveis naquele contexto, transformando-se num contingente populacional ‘livre’, mas em situação de pobreza e miserabilidade.

Martins, T. (2016), a partir de Andrews (1998), enfatiza que o negro não estava despreparado para o trabalho, visto que as habilidades de quaisquer trabalhadores são adquiridas no processo produtivo, independentemente da etnia. Atrelado a isso, a autora utiliza o pensamento de Hanchard (2001) para destacar que devemos nos atentar ao papel assumido pelo Estado nesse processo, que, preferencialmente, optou pela mão de obra branca, negando, assim, a assistência à população negra no processo de transição do trabalho escravo para o trabalho livre.

Nesse sentido, verifica-se que o processo de não absorção do negro pelo mercado de trabalho corroborou para a associação entre a pobreza e a raça, pois, historicamente, a população negra foi preterida em relação à branca nos diversos âmbitos da vida social. Nessa lógica, Mendonça (2018, p. 30) utiliza a argumentação de Jaccoud (2008) ao afirmar que

[...] apesar de ser considerada como discriminação de classe, a discriminação racial é um fenômeno presente na dinâmica social brasileira. Operando na ordem da distribuição do prestígio e privilégios sociais, os mecanismos raciais de discriminação atuam mesmo nos espaços sociais e econômicos da sociedade. Esses mecanismos não apenas influenciam na distribuição de lugares e oportunidades. Reforçados pela própria composição racial da pobreza, eles atuam naturalizando a surpreendente desigualdade social do país.

À luz dessa argumentação, Martins, T. (2016) destaca que o racismo se instaura na transição capitalista da sociedade brasileira, dado que ao negar o trabalho assalariado à população negra, este grupo tende a conviver com o desemprego, péssimas condições de trabalho e, sobretudo, com o trabalho informal.

Assim, quando se toma a desocupação e/ou desemprego, a informalidade e/ou a precarização das relações de trabalho dos negros como expressões da questão social reiterada e aprofundada pelas determinações da questão étnico-racial, não resta dúvida de que suas raízes estão fincadas no trânsito do trabalho escravo para o trabalho livre no país. (MARTINS, T., 2016, p. 32).

A respeito disso, Ianni (1966, p. 18-19) argumenta que

No processo de formação do capitalismo no Brasil, a criação do proletariado também baseou-se nas regras inerentes à lei de oferta e procura, em que o mais forte sempre procura obter o máximo de vantagens. Por isso, no jogo de preferências, fundadas em razões econômicas, e segundo as condições culturais herdadas da escravatura, o negro foi preterido, em benefício do imigrante. Assim, o negro que formará o exército dos desocupados, dos sem trabalho. Como a oferta de braços era maior que a procura, situação criada deliberadamente com a política oficial e privilegiada de imigração, o negro viu-se à margem das atividades produtivas. No jogo de excedentes, cabia-lhes a pior posição.

Por outro lado, sobre o papel do imigrante na formação social brasileira, Fernandes (2006, p. 167) pontua que o estrangeiro

[...] não só repetiu, sob novo estilo, o passado do senhor agrário colonial. Ele transferiu critérios estamentais de concentração social da renda para processos puramente econômicos de acumulação e reprodução do capital. As condições de composição e de funcionamento do mercado interno favoreceram e, até certo ponto, eternizaram esse processo.

Martins, T. (2016) sinaliza que os imigrantes serviram como estratégia de enfretamento para a “problemática” da força de trabalho no processo de constituição do capitalismo. Tal atitude se justificava devido ao fato de alegarem a escassez de trabalhadores nas regiões onde a economia começava a se expandir ou com a argumentação de que o trabalhador negro seria incompatível para exercer o trabalho assalariado. Numa tendência discriminatória e desqualificante, percebe-se, assim, que o racismo ao longo da política imigratória preferenciava os imigrantes europeus.

Essa força de trabalho, considerada, no pós-abolição, “inferior”, “sinônimo de escravo”, encontrou nas poucas oportunidades existentes as piores condições de trabalho. Os trabalhadores negros viverão, portanto, das ocupações com remuneração extremamente baixa, sem os avanços tecnológicos já alcançados para a produção e com piores condições de trabalho, sem os poucos direitos conquistados e com relações de traços eminentemente pré-capitalistas. (MARTINS, T., 2016, p. 36).



Diante dessa conjuntura, é evidente a existência de uma sociedade de castas, onde um grupo localizava-se em local privilegiado, em detrimento da exploração e escravização de outro. Nesse sentido, compreende-se a forma que aconteceram as mudanças na época, a mentalidade e comportamento do grupo privilegiado se alteram, mas sem vislumbrar alterações na sua situação de vantagem nos âmbitos político, social e econômico. Assim, se pretendia modificar a organização escravista que lhes garantia um local de privilégio, mas sem remodelar as estruturas sociais. (FERNANDES, 2006). Por esse motivo,

[...] os estamentos dominantes e suas elites preferiram a solução política que adaptava, através da República, a organização da sociedade à sua condição burguesa. Agiram de modo inverso, mas segundo o mesmo estilo e inspiração que orientaram, politicamente, os estamentos senhoriais e suas elites na época da emancipação nacional. (FERNANDES, 2006, p. 185).

Com isso, percebe-se que, durante esse período, existiram as correntes pela “defesa da ordem”, que aprovavam o regime escravista e a “revolução dentro da ordem”, composta por aqueles que concordavam com o fim da escravidão, mas sem a extinção da suposta supremacia branca. Ademais, é evidenciado que o abolicionismo representava a problemática do branco rico possuidor de poder, que necessitava pôr fim à exploração da mão-de-obra escravizada, pois esta impedia a expansão interna do sistema capitalista. (FERNANDES, 2006).

Outro elemento importante desse processo é a constante manutenção e renovação de características do passado<sup>9</sup>. Sobre isso, Fernandes (2006) expõe que as raízes históricas, econômicas e políticas de períodos anteriores são mantidas. Dessa forma, o “senhor antigo” transforma-se no “burguês moderno” em alguma medida; isto é, a nova ordem social continua com o privilegiamento de alguns, desigualdade entre as classes e sem empenhar esforços para a modificação desse cenário.

Se por um lado é evidente que aqueles que detinham o poder mantiveram-se em seus locais de privilégio durante o desenrolar da história brasileira, por outro lado, “[...] guardadas as proporções, o trabalho livre se configura (como ocorreu com o trabalho escravo) do modo

---

<sup>9</sup> “Manteve-se, no Brasil, um amálgama entre passado e presente, entre o velho e o novo, a partir do que foi possível moldar uma transição para o capitalismo ou para a modernidade sem realizar grandes e verdadeiras revoluções ou reais transformações estruturais de forma disruptiva. Ao contrário, as mudanças foram sendo conquistadas através da acomodação dos elementos retrógrados à nova tessitura social. Daí a tese de que, ainda que capitalista e moderno, o Brasil mantém, até a atualidade, traços particulares advindos da estrutura colonial e da maneira como este passado foi sempre reinventado nos processos de ‘transformação pelo alto’ próprios do modelo aqui implantado de transição para o capitalismo.” (ARAÚJO, 2008, p. 90).

mais cínico e brutal, como puro instrumento de espoliação econômica e de acumulação tão intensiva quanto possível de capital.” (FERNANDES, 2006, p. 232-233). Com isso,

O trabalhador nacional descendente de africanos seria marginalizado e estigmatizado. [...] O negro, ex escravo, é atirado como sobra na periferia do sistema de trabalho livre, o racismo é remanipulado criando mecanismos de barragem para o negro em todos os níveis da sociedade, e o modelo de capitalismo dependente é implantado, perdurando até hoje. (MOURA, 1992, p. 62).

Diante da exposição de elementos da formação sócio-histórica do Brasil, marcada pela escravização, é possível elucidar traços coloniais que se perpetuam até a contemporaneidade. Concordamos com Ianni (2004, p. 1) ao compreender que a “[...] questão racial parece um desafio do presente, mas tem sido permanente. Modifica-se ao acaso das situações, das formas de sociabilidade e dos jogos das forças sociais, mas reitera-se continuamente”. Assim, a supracitada questão sofre transformações ao longo do tempo, mas permanece presente nas relações, permeadas por vários elementos, a exemplo de identidade, diversidade, desigualdade, dominação e alienação.

Desse modo, observando-se sob a perspectiva da totalidade é possível perceber que a história do mundo moderno está entrelaçada com a história da questão racial, sendo este um desafio individual e coletivo, e também para os estudiosos da área, uma vez que são várias as contradições e espectros que perpassam os preconceitos e racismos, que multiplicam-se ou são reafirmados durante os séculos, ao redor dos países do mundo (IANNI, 2004).

Ao criar hierarquia entre as civilizações, consequentemente hierarquizam-se etnias, nações, nacionalidades e povos, o que ocasiona diversas formas de classificação, positivas ou negativas, que servem para inferiorizar uns em detrimento de outros. Dessa forma, “explicar” a modernização, quando se utilizam dessas categorias, é presente teor racista, etnicista e xenófobo, que por vezes “esquece” a atuação do capitalismo, colonialismo e mercantilismo (IANNI, 2004).

Diante disso, no decorrer do século XXI é percebido que ainda ocorre o movimento de racialização no mundo. O que acontecera em outros períodos, durante as grandes navegações e colonizações, volta a ocorrer no começo do século supracitado, uma vez que os povos são levados a perceber que são delineados por suas etnias, de modo que os traços característicos de seus fenótipos são metamorfoseados em estigmas (IANNI, 2004).

Denota-se que raça, racialização e racismo são produzidos nas relações sociais, imbricados com questões de ordens cultural, econômica e política. Assim, é a dialética que

perpassa as relações sociais que impulsiona o processo de racialização. A raça é desenvolvida na teia das relações sociais e por isso comporta processos de apropriação e dominação, sendo sempre sinônimo do “[conceito de] ‘racialização’, trama de relações no contraponto e nas tensões ‘identidade’, ‘alteridade’, ‘diversidade’, ‘desigualdade’, compreendendo integração e fragmentação, hierarquização e alienação.” (IANNI, 2004, p. 3).

Consonante a isso, ratifica-se que na formação de “raça” como categoria social é dada ênfase a traços fenotípicos das pessoas, de maneira que é possível elucidar

[...] a transformação da marca em estigma, o que se manifesta na xenofobia, etnicismo, preconceito, segregação, racismo. Aos poucos, o traço, a característica ou a marca fenotípica transfigura-se em estigma. Estigma esse que se insere e incrusta nos comportamentos e subjetividades, formas de sociabilidade e jogos de forças sociais, como se fosse “natural”, dado, inquestionável, reiterando-se recorrentemente em diferentes níveis das relações sociais, desde a vizinhança aos locais de trabalho, da escola à igreja, do entretenimento ao esporte, das atividades lúdicas às estruturas de poder (IANNI, 2004, p. 3).

Entretanto, é importante salientar que essa estigmatização não atinge apenas a questão étnico-racial, mas também em se tratando de gênero, classe, religiões e ideologias. O que essas opressões têm em comum é o fato de ao estigmatizar, através de signos ou estereótipos, qualificar ou desqualificar o outro, sejam eles sujeitos individuais ou coletivos, inseridos no tecido das relações sociais, que passam a ser vislumbrados como diferentes, exóticos e alheios àqueles que estão em situação de poder (IANNI, 2004).

Sem perder de vista o caráter individualista da sociedade burguesa, é possível apreender também a existência de forte competição com vistas à ascensão pessoal, socioeconômica e de classe social, o que pode servir de elemento propulsor para ações que não permitam o reconhecimento no outro, ratificando a ideia de estranheza dos demais, de modo que o racista, preconceituoso e intolerante cria seu alvo de ódio, seja ele a população negra, ou outro povo marginalizado, estigmatizado e inferiorizado por quem está no poder (IANNI, 2004).

É através da ideologia racial que ocorre a legitimação e naturalização dos conflitos de ordem racial. Desse modo, os racistas reproduzem a segregação do outro, constantemente embasados na ideologia supramencionada, que por sua vez é passada de uma geração para a outra, com o auxílio da indústria cultural, dos meios de comunicação, das instituições, da política e passa a ser elemento constituinte da cultura moderna burguesa (IANNI, 2004).

Nesse cenário nasce o mito da democracia racial, para que sejam acobertadas as formas de racismo patriarcal e patrimonial engendradas na sociabilidade, o que “[...] implica em neutralizar eventuais reações ou protestos, reivindicações ou lutas dos estigmatizados, definidos de antemão como participantes tolerados da ‘comunidade nacional’.” (IANNI, 2004, p. 5).

Assim, a questão racial, permeada pelas questões ideológicas, culturais e político-econômicas, pode ser visualizada como manifestação da relação entre senhor e escravo. Esta relação perpassou a história das sociedades modernas, sendo importante para o desenvolvimento do mundo burguês e capitalista, como forma de produção e civilização histórica, criando castas e classes sociais, colonizador e colonizados, em constantes relações de poder e subordinação (IANNI, 2004). Dessa forma,

[...] a sociedade moderna, burguesa, capitalista, fabrica contínua e reiteradamente a questão racial, assim como as desigualdades feminino-masculino, o contraponto sociedade-natureza e as contradições de classes, além de outros problemas com implicações práticas e teóricas. São enigmas que nascem e desenvolvem-se com a modernidade, por dentro e por fora do ‘desencantamento do mundo’. A despeito de inegáveis conquistas sociais realizadas no curso dos tempos modernos, esses e outros enigmas se criam e recriam, desenvolvem e transfiguram, em diferentes círculos de relações sociais, não só em sociedades nacionais como também na sociedade mundial. De par-em-par com a globalização da questão social, desenvolve-se e intensifica-se mais um ciclo de racialização do mundo [...]. (IANNI, 2004, p. 7-8).

Nessa mesma direção, Procopio (2017) baseando-se em Moura (1994), sinaliza o racismo enquanto estruturante da formação sócio-histórica brasileira, o que serve para ratificar que sua superação deve ocorrer numa sociabilidade diferente da que é posta no mundo capitalista. Com isso, os negros, que compõem a maior parcela da população do país<sup>10</sup> são espoliados duas vezes: social e racialmente, tendo assumido “[...] papel predominante, ainda que por processos lentos e por vezes contraditórios, no antagonismo de classes que tem se acirrado nas últimas décadas com a crise estrutural do capital” (PROCOPIO, 2017, p. 245), com a preponderância do neoliberalismo e conservadorismo em níveis nacional e mundial.

---

<sup>10</sup> “O Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstrou uma alteração na composição racial brasileira, na qual a população negra passou a figurar como maioria em relação à população branca. No referido censo os negros (somatório de pretos e pardos) no Brasil corresponderam a 96,7 milhões de indivíduos – 50,7% dos residentes. E de acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2014, no universo de 203.190.039 milhões, o contingente populacional negro foi contabilizado em 53,7%. Este aumento progressivo verificado desde a primeira metade do século XX e intensificado no período de 2003- 2014 se deve, sobretudo à ampliação do número de indivíduos que se reconhecem como pretos ou pardos [...]” (PROCOPIO, 2017, p. 245).

Para Moura (1994), o racismo apresenta opiniões contrárias em relação às consequências de suas práticas, em sua maioria, colocam-se em discussão as diferentes formas de manifestação, significação e funcionalidade associando-o sempre a uma carga emocional, o que evidencia que os debates em torno do seu significado transcendem o âmbito acadêmico, visto que seu real sentido expressa uma ideologia de dominação. Pode-se afirmar que

[...] ele não é uma conclusão tirada dos dados da ciência, de acordo com pesquisas de laboratório que comprovem a superioridade de um grupo étnico sobre outro, mas uma ideologia deliberadamente montada para justificar a expansão dos grupos de nações dominadoras sobre aquelas áreas por eles dominadas ou a dominar. Expressa, portanto, uma *ideologia de dominação*, e somente assim pode-se explicar a sua permanência como tendência de pensamento. Vê-lo como uma questão científica cuja última palavra seria dada pela ciência é plena ingenuidade, pois as conclusões da ciência condenam o racismo e nem por isso ele deixa de desempenhar um papel agressivo no contexto das relações locais, nacionais e internacionais. (MOURA, 1994, n.p., grifos nossos).

Nota-se, assim, que o entendimento em torno deste conceito é polêmico, e que a depender da conjuntura política e histórica é possível compreender o motivo pelo qual ganha vitalidade e consegue se desenvolver com tamanha agressividade. Logo, verifica-se que o racismo apresenta, em última instância, um conteúdo de dominação, que vai além do quesito étnico, uma vez que engloba aspectos políticos e ideológicos. Seria insensato combatê-lo somente pelo âmbito acadêmico e puramente científico, posto que as respostas fornecidas pela ciência servem como uma espécie de armamento ideológico que justifica a dominação (MOURA, 1994).

O racismo inicialmente seguiu uma lógica ofensiva de dominação, especialmente no período anterior ao surgimento do capitalismo, este possuía um efeito multiplicador ideológico, que visava alimentar as pretensões políticas e expansionistas das nações dominadoras, servindo-lhes “[...] como arma de combate e de justificativa para os crimes cometidos em nome do direito biológico, psicológico e cultural de ‘raças eleitas’.” (MOURA, 1994, n.p.).

Deduz-se, portanto, sem muito esforço, que o racismo pode ser considerado – da forma como o entendemos atualmente – um dos galhos ideológicos do capitalismo. Não por acaso ele nasceu na Inglaterra e na França e depois desenvolveu-se tão dinamicamente na Alemanha. O racismo é atualmente uma ideologia de dominação do imperialismo em escala planetária e de dominação de classes em cada país particular. (MOURA, 1994, n.p.).

A partir da transição do sistema colonial para o imperialista (neocolonialista), o racismo foi remanejado em relação a sua funcionalidade, dado que as regiões das metrópoles começaram a ver as áreas coloniais como locais habitados por indolentes, que seriam incapazes de criar uma reserva financeira que os elevasse ao nível dos brancos. Verifica-se aí que o imperialismo/neocolonialismo contribuiu para multiplicar diferentes formas de racismo, na medida em que permitiu modernizá-lo através da utilização de mecanismos de dominação mais sofisticados. A ideologia colonialista era e permanece fundamentada por uma produção literária de cunho racista. No caso brasileiro, autores como Silvo Romero e Euclides da Cunha, por exemplo, reforçavam em suas produções um teor racista, que visa desqualificar o negro, colocando-o como uma raça inferior (MOURA, 1994).

Nessa mesma linha de argumentação, o fato de a população negra representar o povo majoritário no Brasil não significa que as políticas públicas são acessadas de forma igual pelos distintos segmentos étnicos brasileiros. Os negros permanecem apresentando os indicadores mais elevados de pobreza, de forma conjunta com menor acesso aos direitos básicos, a exemplo da saúde e saneamento básico. Com essa conjuntura, é imperativa

[...] a identificação do Brasil como um país institucionalmente racista. Isso significa desbordar paradigmas conservadores, cujo discurso centrado na igualdade de oportunidades e no mérito individual procura refutar os dados da realidade e reduzir recursos públicos para intervenções de combate às desigualdades estruturais e estruturantes da sociedade. Os impactos desse contexto se expressam na manutenção das iniquidades, ou seja, na perpetuação da negligência às necessidades humanas de grandes contingentes populacionais. (PROCOPIO, 2017, p. 247).

Tal identificação implica a percepção de que o racismo é estrutural, ou seja, basilar nas sociedades ocidentais da contemporaneidade, comportando os âmbitos da cultura, da economia e da política. Por outro lado, o racismo é também estruturante, pois é elemento que de forma conjunta com outros, a exemplo do sexismo, impossibilita a eliminação das situações opressoras que se manifestam nos diversos âmbitos da vida social (PROCOPIO, 2017).

Similarmente, o racismo possui um tipo peculiar de racionalidade imanente ao sistema econômico e político dominante, sendo abarcado pelo capitalismo enquanto uma das formas de respostas desse sistema às crises. Nessa direção, o racismo na contemporaneidade é elemento constituinte das relações sociais e corresponde a um meio de dominação abrangente, o racismo institucional, que atravessa todas as relações sociais e não deve ser atribuído aos

sujeitos isoladamente, uma vez que se manifesta no descaso sistemático das formas de preconceito correlacionados à questão étnico-racial, o que leva à reprodução de ações de discriminação no espaço das instituições (PROCOPIO, 2017).

Ainda no que concerne ao racismo como forma de racionalidade, estruturante da sociedade capitalista, ele se constitui como elemento substancial para a continuidade dos processos exploratórios de classe e se interconecta com diversas esferas que atuam na produção da subjetividade humana, de modo que a perpetuação das desigualdades pautadas no quesito étnico-racial perpassa as mais distintas esferas da vida social. Assim, o modo de funcionamento racional do capitalismo é racista e demanda ações como naturalização da violência contra o povo negro, manutenção das desigualdades de gênero e adensamento do conservadorismo (PROCOPIO, 2017).

Ante o exposto, para além da consciência da diversidade étnico-racial brasileira, é imprescindível o reconhecimento das relações de poder pautadas na branquitude que imperam nas sociedades que sofreram colonização, o que acarretou privilégios, nos âmbitos material e não material, detidos por aqueles que descendem dos colonizadores. Ademais, é importante não perder de vista a interseccionalidade, que possibilita a articulação entre duas ou mais formas de opressão, para que seja possível vislumbrar as especificidades que fazem com que homens e mulheres, brancos e negros, experienciem situações de formas distintas, por exemplo (PROCOPIO, 2017).

Desse modo, debater a temática sem estabelecer correlações com a categoria da interseccionalidade compromete a sua apreensão, uma vez que, como anteriormente mencionado,

O racismo tem conteúdos de dominação cultural, mas também econômicos e políticos. Por isso, o seu combate deve transbordar os vieses culturalistas e identitários (sem excluí-los) e articular a dimensão da luta de classes. Isso significa compreender o racismo como componente estrutural nos processos dinâmicos de acumulação de capital, e mais, que a consciência da luta antirracista – que desnaturaliza o racismo ao abordá-lo como questão a ser enfrentada politicamente pelo Estado – ocorre no nível das lutas concretas dos trabalhadores, entendidos (todos) como sujeitos históricos. (PROCOPIO, 2017, p. 256).

Menezes (2010) a partir da argumentação de Fernandes (1989) afirma que o negro apresentará peculiaridades no processo da luta de classes, devido ser um proletário e sofrer com o processo violento e discriminatório; ressalta-se que qualquer trabalhador terá similares exigências diante do capital, no entanto, alguns apresentaram exigências diferenciadas, sendo necessário que possuam espaço no interior das lutas de classes.

Isto posto, expõe-se a necessidade da vinculação da questão étnico-racial em sua totalidade, fazendo as necessárias mediações com as perspectivas de classe, por exemplo, sempre que necessário, com vistas à real apreensão dos sujeitos negros inseridos na sociabilidade capitalista que, certamente, possuem demandas específicas que necessitam ser levadas em conta.

Além disso, é preciso compreender que o processo discriminatório sofrido pelos negros ao longo da formação sócio-histórica brasileira também é visível no âmbito das políticas sociais, nas formas como foi se processando o racismo institucional, que acaba trazendo consequências para o alcance dos direitos sociais. Pontuado isso, o capítulo seguinte fará sinalizações sobre o quesito raça/cor e sua conexão com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, haja vista que apreendidas suas correlações torna-se possível mensurar as disparidades ainda existentes nos serviços, particularmente na área da saúde.



**CAPÍTULO 2 - POPULAÇÃO NEGRA: O QUESITO RAÇA/COR E A POLÍTICA  
NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA**

Este capítulo aborda o quesito raça/cor, fazendo-se uma correlação com a saúde da população negra, que através da luta do movimento negro, resultou na formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que representa uma das conquistas desse segmento populacional, ao reconhecer o racismo enquanto fator determinante do acesso desta população a política de saúde, com vistas a oportunizar o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) de forma equitativa e integral.

## **2.1 - O QUESITO RAÇA/COR E SUA CORRELAÇÃO COM A QUESTÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA**

Durante décadas, no Brasil, o mito da democracia racial corroborou para cristalizar a cultura do silenciamento dos sujeitos em torno de sua origem étnico-racial, pois se acreditava que o país vivia uma suposta “igualdade”. Este fenômeno adentrou diversos âmbitos das relações sociais, que não foram capazes de reduzir as iniquidades existentes, como por exemplo, o da formulação das políticas sociais, haja vista que o “discurso da universalidade” muitas vezes não contempla os interesses de determinados segmentos da sociedade, suas especificidades e demandas.

Desse modo, as ações afirmativas são de suma importância na conjuntura vivida, uma vez que é impossível garantir igualdade de direitos numa sociedade que não possibilita igualdade de acesso. Assim sendo, é preciso abdicar do conceito de igualdade legal, presente na jurisdição, e utilizar-se da igualdade material, que consiste em tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida da sua diferença, tomando enquanto referência o pensamento aristotélico.

Nessa direção, Menezes (2010, p. 9-10) alerta que vivemos um contexto de igualdade jurídico-formal, a qual não tem sido capaz de reduzir as desigualdades sociais no país. Apesar da Constituição Federal (1988) pregar o discurso de igualdade de todos perante a lei, sem distinção de qualquer natureza,

[...] esta premissa não foi suficiente para efetivar direitos de cidadania para as mulheres, para negros e para os indígenas, por exemplo. Entraves institucionais, econômicos e valorativos culturais vem obstaculizando, na prática, o acesso a bens e serviços por estes depreciados/desprotegidos socialmente, embora nos discursos estamos protegidos pelo ‘manto democrático’.

Assim sendo, observa-se que os traços particulares da formação sócio-histórica brasileira reverberam no cenário contemporâneo mediante as metamorfoses assumidas pelo racismo, que afetam sobremaneira a vida da população negra. Isso ocorre devido aos processos de discriminação, marginalização e as segregações social e racial ainda expressivas na sociedade. A respeito disso, Soares Filho (2012, p. 35) argumenta que

A identificação das diferenças permite distinguir as necessidades concretas dos beneficiários, orientando a formulação de políticas públicas mais sensíveis às suas particularidades, seja de saúde ou segurança, enfocando a equidade - entendida como a superação das diferenças injustas e evitáveis - no acesso aos serviços e inclusão dos grupos mais vulneráveis nos processos de participação, particularmente no de prevenção.

Batista, Monteiro e Medeiros (2013), baseando-se no pensamento de Werneck (2005), destacam que o racismo deve ser compreendido como fenômeno ideológico, particularmente na saúde, tendo em vista que atua como elemento violador de direitos e produtor de iniquidades. Deste modo, percebe-se que

O racismo tem relação com as condições em que a pessoa nasce, com sua trajetória familiar e individual, condições de vida e moradia, condições de trabalho, emprego, renda e de acesso à informação e aos bens e serviços. O racismo também é visível na qualidade do cuidado e assistência prestada, nos perfis e estimativa de mortalidade infantil, nos sofrimentos evitáveis ou mortes precoces, nas taxas de mortalidade da população adulta e nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna. (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013, p. 682).

Deste modo, percebe-se que as instituições públicas ainda reproduzem em seus atendimentos situações que omitem/recusam as especificidades dos usuários, o que caracteriza discriminação institucional. Soares Filho (2012, p. 35) usa a análise de Torres-Parodi e Bolis (2007) para alertar sobre a necessidade de diferenciar a discriminação institucional daquela existente nas relações interpessoais, “[...] distinguindo a discriminação que exercem os indivíduos, incluso quando prestam serviços, da omissão das instituições em adaptar a oferta de seus serviços às necessidades específicas dos beneficiários”.

Batista, Monteiro e Medeiros (2013, p. 687), a partir de Lopes (2013), argumentam que

Nas instituições, o racismo pode se manifestar de várias formas: desde a dificuldade em reconhecer e abordar os determinantes sociais das condições em saúde, produzir e utilizar dados desagregados para orientar a tomada de

decisão, a definição de prioridades e a alocação de recursos, mas também se manifesta na ausência de mecanismos de coibição das práticas racistas inadmissíveis. Por isso, para promover a equidade, tudo fica mais complexo. Não serão estabelecidas metas diferenciadas e nem indicadores sensíveis, não serão oferecidos investimentos numa formação de qualidade e nem no processo de educação permanente para os profissionais, porque segue-se reiterando que o problema é outro, que o problema é resíduo das desigualdades de classe, da história da escravidão, difícil e sem solução.

Tais resquícios são visíveis em várias situações. Exemplo disso é que até os anos de 1990, o quesito raça/cor não era considerado no preenchimento dos dados no sistema de saúde. Somente a partir dessa década é que se tornou oficial o preenchimento do item raça/cor, concretizando uma luta do movimento negro (SOARES FILHO, 2012). Destaca-se, nesse cenário, que líderes do movimento negro assumem como bandeira de luta os ideais teóricos da saúde coletiva e os indicadores que abordam as desigualdades entre as categoriais de gênero e raça/cor, fazendo questionamentos acerca da interconexão entre o racismo e a saúde, de modo a incentivar os gestores públicos a adicionarem nos sistemas de informações de saúde o quesito raça/cor.

Com essa incorporação, tornou-se possível apreender as desigualdades raciais e as vulnerabilidades existentes no processo de saúde-doença, além de contribuir na identificação dos perfis dos usuários no tocante a sua autodeclaração<sup>11</sup> étnico-racial, que terá como resultante a formulação de políticas e ações em saúde, que visem eliminar as iniquidades em determinados segmentos sociais, em particular da população negra (SOARES FILHO, 2012).

O Ministério de Saúde é o órgão responsável pelo gerenciamento das informações referentes ao quesito raça/cor, e este esbarra em algumas dificuldades devido aos bancos de dados possuírem suas próprias formas de preencherem esse quesito, a depender do eixo temático analisado. Com a Portaria nº 344/2017, o MS passou a utilizar o critério da autodeclaração, o qual permite que o próprio usuário escolha sua raça/cor, “[...] com exceção dos casos de recém-nascidos, óbitos ou diante de situações em que o usuário estiver impossibilitado, cabendo aos familiares ou responsáveis a declaração de sua cor ou pertencimento étnico-racial.” (BRASIL, 2017, p. 9).

Atualmente, sugere-se que os serviços empreguem o método de classificação da autodeclaração, tomando por base o usado pelo IBGE, que adota cinco categorias, a saber: branca, preta, parda, amarela e indígena (BRASIL, 2017). “Todavia, esse gerenciamento é

---

<sup>11</sup> “A autodeclaração remete à percepção de cada um em relação à sua raça/cor, o que implica considerar não somente seus traços físicos, mas também a origem étnico-racial, aspectos socioculturais e construção subjetiva do sujeito”. (BRASIL, 2017, p. 9).

realizado por áreas distintas; nem todos utilizam o padrão do IBGE ou apresentam orientação detalhada para o preenchimento correto das variáveis”. (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013, p. 687).

Após a elucidação destes elementos, faremos breve panorama histórico do processo de implantação do quesito raça/cor nos serviços de saúde, a partir de Soares Filho (2012), destacando que, no início, em 1996, este era coletado apenas nas informações referentes aos nascimentos e óbitos através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e no Sistema de Informações sobre a Mortalidade (SIM), respectivamente. Em 2001, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) o adota nas notificações compulsórias das morbidades transmissíveis, a exemplo da tuberculose e AIDS.

No ano de 2006, os setores designados a identificar as violências domésticas e sexuais em serviços de referências também começaram a utilizá-lo por meio dos serviços de Violência Doméstica, Sexual e/ ou Outras Violências (Viva-contínuo) e do sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva-inquérito). Ainda nesse ano, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Entrevistas Telefônicas (Vigitel), também implementou o campo raça/cor nos casos das doenças crônicas não-transmissíveis, a exemplo do diabetes e hipertensão (SOARES FILHO, 2012).

Outro aspecto importante a destacar é que em 2008, no Sistema Único de Saúde, foi adicionado o quesito raça/cor nas fichas de internações hospitalares e dos ambulatorios de alta complexidade, como quimioterapia e hemodiálise. Observa-se ainda que o campo raça/cor também foi inserido nas informações relativas à taxa de mortalidade dos beneficiários da rede privada de saúde através da Agência Nacional de Saúde (ANS), nos estudos populacionais e de saúde realizados pelo IBGE, como também nos dados fornecidos pelo DATASUS. Em 2009, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (Sismama), incorporou o campo raça/cor nas informações relativas à detecção precoce do câncer de mama (SOARES FILHO, 2012).

A utilização do campo raça/cor nas plataformas supracitadas contribui na compreensão das vulnerabilidades e diferenças étnico-raciais que, consequentemente, resulta na melhoria da operacionalização das políticas públicas de modo a captar as especificidades dos usuários, em particular da população negra. No entanto, apesar destes avanços ainda existem bancos de dados que apresentam resistência na adoção deste item em seus serviços. Há, também outras variáveis que afetam na utilização do quesito raça/cor, devido à inexistência de um padrão para estabelecer o recorte étnico-racial e a falta de orientação por parte dos órgãos gestores da saúde em relação à maneira mais apropriada de preencher esse indicador social.

De acordo com pesquisas que tratam da desigualdade racial é consenso entre alguns estudiosos que esta repete-se nos distintos sistemas de informações da saúde, ratificando a existência do acesso desigual que vai “[...] desde a mortalidade por tuberculose e por homicídios; as morbidades de notificação compulsória como a hanseníase; e o acesso a serviços de saúde, a exemplo das consultas de pré-natal.” (SOARES FILHO, 2012, p.40-41). Nessa perspectiva, partilhamos do pensamento de Batista e Barros (2017, p. 1) ao afirmarem que aspectos como raça/cor, gênero e geração são elementos estruturantes no Brasil, interferindo “[...] nos desfechos da saúde, da doença e morte, e que uma das estratégias para enfrentar estas iniquidades é avançar nas políticas de promoção da equidade dentro de uma política sistêmica e universal.”

De modo a ilustrar, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, a proporção de pessoas que foram consultadas por um médico nos últimos doze meses é de 74,8% em pessoas brancas, 69,5% em negras e 67,8% pardas. Tais dados revelam que as pessoas negras (pretos e pardos) ficaram abaixo da média nacional que é 71,2%. Destaca-se, ainda, conforme essa pesquisa, que em 2013 havia 146 milhões de pessoas com faixa etária de 18 anos ou mais, e, destas, 10,6% relataram ter sofrido algum tipo de discriminação nos serviços de saúde, por um médico ou demais integrantes da equipe de saúde. Salienta-se que 78,8% da população negra não possui plano de saúde (BRASIL, 2017).

Nessa mesma perspectiva os resultados da pesquisa apontam para a população negra enquanto majoritária nos índices que demonstram maior vulnerabilidade dentre as pessoas com HIV e Aids em Sergipe, uma vez que indicadores como o de mortalidade e de baixo acesso à educação formal estão mais acentuados quando relacionados à população formadora deste grupo étnico racial. Diante disso, infere-se que a supracitada formação sócio-histórica do país continua a influenciar no acesso aos direitos dessa população historicamente marginalizada.

É possível perceber que a ocorrência de doenças na população se intensifica mediante o nível de desigualdade social presente nas sociedades e materializada, “[...] na distribuição de renda, poder e ausência de garantias para o exercício de direitos sociais”, (SOUZAS; MARINHO; MELO, 2012, p. 289), ou seja, as desigualdades existentes nas condições de vida da população são refletidas nas suas condições de saúde. Diante disso, as autoras, a partir de Barata (2009), percebem a correlação entre as desigualdades sociais e a saúde de determinados grupos, quando analisadas a forma de acesso às riquezas e à educação, além de sua raça/etnia, gênero, condições de trabalho e residência. Nessa mesma direção, considera-se que

a saúde da população é um fenômeno bem mais amplo que a doença e não se explica unicamente pela utilização dos serviços de saúde. Nesse sentido é que entendemos que a abordagem das vulnerabilidades acrescenta importante contribuição na compreensão da situação de saúde de diferentes grupos populacionais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004 apud SOUZAS; MARINHO; MELO, 2012, p. 290).

Com isso, é perceptível o entrelaçamento entre questões de ordem social, a exemplo da questão étnico-racial e o acesso à saúde de populações historicamente marginalizadas e destituídas de direitos constitucionais básicos, uma vez que dificuldades encontradas em outros âmbitos da vida social dos sujeitos reverberam na saúde ou doença apresentada por eles. Nessa direção, pensar a equidade na área da saúde significa considerar a existência de disparidades no acesso à saúde de determinados grupos, a partir de variados fatores, dentre eles destacam-se os de ordem étnico-racial, social e econômica.

Conforme consta na Política Nacional de DST/Aids, a população pauperizada possui dificuldade para ter acesso às políticas públicas, o que acarreta detecção tardia da doença e na condução do tratamento.

No Brasil, as populações marginalizadas são as que têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, de assistência, à informação e à educação. Na maioria das vezes essas pessoas estão à margem das políticas públicas, e isso dificulta as ações que visam à prevenção, ao diagnóstico precoce e até mesmo à assistência. São populações mais vulneráveis devido à exclusão social em que se encontram dentro da própria estrutura social - pessoas, enfim, que são mais atingidas por doenças infecto-contagiosas, entre elas o HIV. (BRASIL, 1999, p. 9).

De modo a demarcar a temática do quesito raça/cor e sua interligação com HIV e AIDS, conforme pontuam Fry *et al.* (2007), com o lançamento do Boletim Epidemiológico - AIDS de 2004, que demonstrava o aumento de HIV e AIDS entre mulheres e pessoas negras, foi publicado o Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros - Brasil AfroAtitude, com vistas a implementação de uma rede de universidades com programas de ações afirmativas e cotas para pessoas negras, além de pautar a luta contra esta epidemia com o protagonismo dos negros, para que fosse possível a desconstrução do racismo e do preconceito relacionado às pessoas vivendo com AIDS (BRASIL, 2004).

De acordo com o referido programa, “[...] as tendências de pauperização e de feminização da epidemia estão demonstrando que a população negra se encontra em desvantagem social no que se refere à construção de respostas efetivas no combate à

epidemia” (BRASIL, 2004, p. 6). Diante disso, há modificação do discurso das autoridades governamentais, que até então tendiam a não racializar a IST, passando a compreender o racismo enquanto “[...] aspecto-chave no entendimento de uma maior vulnerabilidade da ‘população negra’ à AIDS” (FRY *et al.*, 2007, p. 498).

Ressalta-se que historicamente a doença foi dividida em três fases: a primeira, que vai da sua gênese até aproximadamente o ano de 1986, tinha predominância em homossexuais de alta escolaridade, denominado de “grupo de risco”; a segunda, de 1987 até 1990, tinha como característica um crescimento de casos na população com faixa etária menor, como também em heterossexuais, e em pessoais que faziam uso de drogas injetáveis - passa-se a usar o termo “comportamento de risco”; e a última fase se inicia em 1991 e perdura até a atualidade e suas características principais são a disseminação nos mais variados grupos sociais, em casais heterossexuais, e principalmente mulheres, pessoas com nível escolar baixo, bem como em municípios de médio e pequeno porte, período em que foi empregado o conceito de “Vulnerabilidade” (BRASIL, 1999 apud CLEMENTINO, 2014).

Quando estudada a história da epidemia do HIV e AIDS, com as consequentes heterossexualização e feminização do vírus, é possível perceber de que forma as vulnerabilidades atingem o acesso à saúde de populações discriminadas.

A vulnerabilidade das mulheres para contrair DST/HIV esteve sempre relacionada ao contexto sociocultural, no qual a mulher é limitada na tomada de decisões quanto a sua vida sexual e reprodutiva. A vulnerabilidade das mulheres aumenta quando se acrescenta questões socioeconômicas e o racismo que dificultam o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde e ocasiona um menor conhecimento no que se refere às questões relacionadas às DST. Analisando as vertentes explicativas sobre a feminização da aids, observa-se que a mulher negra apresenta maior vulnerabilidade, já que está sujeita ao menor grau de escolaridade, renda mensal e condições de moradia e essa vulnerabilidade não é somente em relação ao HIV. (SOUZAS; MARINHO; MELO, 2012, p. 292-293).

Para além destes fatores, as autoras, com base em Lopes (2003), pontuam outros elementos partícipes do processo de vulnerabilização da mulher negra ao HIV e AIDS, como a reduzida percepção acerca do risco de infecção, entraves para acessar os serviços de saúde de forma plena e, após a infecção, menor consciência acerca da sua condição de soropositiva. Diante disso, é demonstrada a complexidade em lidar com a realidade de grupos socialmente vulneráveis diante da epidemia do HIV. Tal esforço é necessário, com vistas a não naturalização de diferenças construídas historicamente.



À luz das sinalizações, verifica-se que a utilização do quesito raça/cor é necessário no processo de elaboração de políticas públicas, tendo em vista que contribui para a apreensão do sujeito numa perspectiva de totalidade, de modo a captar as diferentes causas que envolvem o cotidiano dos diferentes segmentos populacionais. Assim,

As informações com os dados desagregados por raça/cor são relevantes para atender ao princípio da equidade do SUS, ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, oferecendo atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades. Nesse sentido, o princípio da equidade norteia as políticas de saúde, reconhecendo as demandas de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. (BRASIL, 2017, p. 9).

Portanto, acreditamos que ao estabelecer o recorte étnico-racial a compreensão do sujeito torna-se mais ampla, por ser possível recolher informações mais fidedignas às reais vulnerabilidades socioeconômicas e culturais da população, em especial a negra, objetivando combater o racismo e as situações de iniquidade nos serviços de saúde, com vistas a garantir “[...] à promoção da equidade em saúde” [...], [cumprindo-se os] princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social” (BRASIL, 2017, p.8), em conformidade com o que preconiza o SUS.

## **2.2 - A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: SUBSÍDIOS PARA REFLEXÃO**

Apesar dos avanços na saúde ao se constituir enquanto política universal e não contributiva, verifica-se que a sua operacionalização tem enfrentado vários problemas, principalmente na conjuntura atual de desmonte das políticas públicas. Assim, coadunamos com a análise feita por Teixeira (2018) a partir de Arellano *et al.* (2008) de que a compreensão dos determinantes da saúde, particularmente na Epidemiologia Social, pressupõe o entendimento das relações sociais que se gestam em cada conjuntura enquanto fator importante para compreender como acontece a oferta de serviços e como os segmentos sociais são tratados.

Como pontua Costa (2011, p. 101) há “[...] aspectos que operam de forma cumulativa naquilo que chamamos determinação social da saúde”, a exemplo da questão étnico-racial, que apresenta correlação com o racismo e exclusão social. O conceito de determinação social da saúde, por sua vez, significa que a saúde

[...] não depende apenas dos serviços e nem tampouco ao caráter biológico do indivíduo, ou mesmo dos agentes patogênicos aos quais ele está exposto. O indivíduo e suas circunstâncias definem e condicionam o processo saúde-doença. Estas circunstâncias poderão estar relacionadas de formas distintas, ou seja, mais próximas ou mais distantes do indivíduo, e em ambos os casos assumem importância na determinação social da doença. Portanto, a doença ou a vulnerabilidade em adoecer é dependente das condições sociais, econômicas e culturais nas quais as pessoas estão inseridas. O conceito de determinação social faz alargar a visão de saúde e relativizar o papel estrito do setor saúde na produção de saúde. Por meio dessa constatação, verificam-se os limites do sistema de assistência médico-sanitário, sem, no entanto, menosprezar a sua importância, o que requer a convocatória aos demais setores de políticas sociais para participarem com sua parcela de responsabilidade sobre o nível e a condição de saúde de um grupo social. (COSTA, 2011, p. 102).

Nesse sentido, percebe-se a importância de compreender como vem sendo tratada a saúde em relação à população negra, visto que esta se caracteriza como a população mais demandatória das políticas públicas e apresenta os piores índices de desigualdades, tanto na esfera individual quanto na coletiva, o que evidencia a iniquidade nos serviços prestados, no que tange ao processo de atenção à saúde desta população. Acerca disso, Gomes *et al.* (2017, p. 2) enfatizam que

Tal segmento social, vítima de suas condições históricas, encontra-se nos estratos mais pobres e em crônica situação de iniquidade em relação à saúde, comprovada pela precocidade dos óbitos, pela alta taxa de mortalidade materna e infantil, pelas taxas elevadas de óbitos por causas externas e mal definidas, dentre outros indicadores, agravados, na maioria das vezes, pela discriminação racial em diversas instituições, inclusive, nos serviços de saúde.

Assim, para que se garantissem alguns direitos, entre eles a saúde, foi necessária a luta do movimento negro, que ao longo das décadas reivindicou uma atenção à saúde para esse segmento populacional, que historicamente se encontra em situação de desigualdade. Nos anos 1980, por exemplo, o Movimento Negro se reorganizou, em meio à conjuntura de redemocratização, terreno fértil para a insurgência de manifestações populares e houve o crescimento da visibilidade dada às questões de saúde das mulheres negras, pois o racismo e o sexismo

[...] continuam imprimindo marcas segregadoras com restrições aos direitos, invisibilidade e preconceito. Os indicadores de saúde demonstram perfis de desigualdades em saúde denunciados por parte de ativistas femininas do

movimento negro no campo da saúde. (ALMEIDA, M.; SOUSA, 2011, p. 196-197).

Segundo Faustino (2017), vale destacar a importância do movimento negro na luta pela Reforma Sanitária e as experiências governamentais iniciais, especialmente nos anos 1980, com ênfase na saúde da população negra, circunstância em que algumas prefeituras incorporaram em suas práticas as demandas do referido movimento, especialmente as do movimento das mulheres negras. Este movimento social teve um papel fundamental na construção de uma política nacional para a população negra, que passou a ter materialidade no governo Lula, conforme destacam Brasil e Trad (2012).

Entretanto, os autores ressaltam que estas discussões foram iniciadas durante o Governo Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) e estão relacionadas “[...] com mudanças no modo como o Brasil se apresenta no cenário internacional, buscando mais autonomia, porém, parcerias com outros países e organismos internacionais”. (BRASIL; TRAD, 2012, p. 68).

As autoras (2012, p.69) a partir da análise de Martins (2007) e Adorno (2010), afirmam que os dois Governos de FHC são caracterizados por apresentarem uma política neoliberal que teve severos rebatimentos nas políticas públicas, haja vista que foi um período

[...] marcado por crescimento da dívida externa, expansão acelerada da dívida pública, déficits em conta corrente, elevadas taxas de juros, privatizações, desmonte dos valores agregados das indústrias, desregulamentação do mercado de trabalho e abertura comercial e financeira acelerada através de políticas de valorização cambial [...]. Entretanto, as políticas afirmativas têm seu início nesse governo, pois, [...], o país se encontrava numa conjuntura internacional favorável (em 1993, ocorria a Conferência Mundial dos Direitos Humanos, de Viena, cujas recomendações levaram o Governo FHC à proposição de um plano de ação para os direitos humanos) e possuía lideranças políticas importantes no governo que podiam pautar essas ações, tendo identificação com a temática dos direitos humanos [...].

Os anos de 1990 caracterizam-se pelo processo de reconfiguração do papel do Estado, iniciado nos anos de 1980 e que se assenta nos princípios neoliberais. Nesse sentido, foram adotadas pelo capital algumas estratégias, das quais destacam-se: a redução dos investimentos em políticas sociais, privatização, retirada de direitos sociais, desregulamentação das relações trabalhistas e transferência de responsabilidades do setor público para o privado.

Diante disso, o Estado passou a assumir a função de regulador, na medida em que transfere para a esfera privada parte de suas atribuições, o que refletiu na diminuição do diálogo com os movimentos sociais e ocasionou severos rebatimentos para a classe

trabalhadora. De acordo com Iamamoto (2009, p. 163), a partir dessa lógica, a “[...] intervenção do Estado no atendimento às necessidades sociais é pouco recomendada, transferida ao mercado e à filantropia, como alternativas aos direitos sociais.”.

Esse cenário ganha materialidade no Brasil, especialmente no governo de FHC, devido a sua aproximação com os ideais supracitados. Para Ramos e Forti (2018, p. 89), os pressupostos do capitalismo central conduziram “[...] o Brasil aos ditames neoliberais, os quais têm entre os seus pilares a defesa da atrofia do Estado no âmbito social, melhor dizendo, no âmbito voltado às necessidades dos trabalhadores”. Ao analisar a gestão do ex-presidente FHC devemos considerar que

[...] salvaguardadas diferenças e avanços sociais pequenos, os governos subsequentes não romperam com a lógica de subjugação às diretrizes em prol do grande capital, tornando-se uma espécie de continuidade, em que se destacam as políticas de manutenção do superávit primário, o incentivo e a ênfase na política de exportação subsidiada no agronegócio e nas orientações econômicas pautadas na lógica da fragmentação e da focalização das políticas sociais. (RAMOS; FORTI, 2018, p.90).

Destacaremos a seguir um sintético retrospecto das ações que culminaram na aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), sobretudo, no que diz respeito à correlação entre a mobilização popular e o atendimento das demandas da população negra na saúde, advinda da luta do movimento negro. No ano de 1995, por exemplo, acontece a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, que repercutiu no sentido da criação de um grupo de Trabalho Interministerial, a fim de cultivar ações integradas para a eliminação do racismo e das desigualdades étnico-raciais.

Este grupo, em 1996, realizou uma mesa redonda acerca da saúde da população negra, que resultou na inserção do quesito raça/cor nos sistemas de informação de nascidos vivos, mortalidade e morbidade, além de contribuir para a criação da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, responsável pela inserção do recorte étnico-racial nas pesquisas e, por fim, orientação para o desenvolvimento de uma política nacional de atenção às pessoas acometidas com anemia falciforme.

Outros fatores importantes para a discussão da temática em apreço foram as 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, ocorridas em 1996 e 2000, respectivamente, que apresentaram importantes discussões sobre a participação popular e o controle social, enfatizando a necessidade de os Conselhos de Saúde atuarem para além da fiscalização, mas

com vistas à formulação e participação ativa nas deliberações e decisões que envolvem o SUS (ALMEIDA, M.; SOUSA, 2011).

Ainda na década de 2000, o Brasil participou da Conferência Intergovernamental das Américas e da Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial e a Intolerância Correlata. A participação do país nesses eventos “[...] produziu experiências de políticas, programas e projetos implementados em diferentes espaços do território nacional”. (ALMEIDA, M.; SOUSA, 2011, p. 197).

[...] Somente após a mobilização nacional em torno da III Conferência Internacional contra o Racismo, Homofobia e as Intolerâncias Correlatas, realizada em 2001, em Durban, África do Sul, e a resultante criação, em 2003, da Secretaria Especial para a Promoção da Igualdade Racial, que o Ministério da Saúde criou um Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com o objetivo de promover a equidade racial em saúde. É verdade que essa mobilização só foi possível mediante um histórico de articulações, estudos e *advocacy* que remontam às décadas e governos anteriores. Mas neste contexto, as articulações avançaram rapidamente para o reconhecimento institucional de um conjunto de disparidades raciais em saúde e, conseqüentemente, na pactuação de uma resposta programática ao cenário identificado. (FAUSTINO, 2017, p. 3835, grifos do autor).

Destacam-se, também, outros elementos que contribuíram para a implementação da política, a saber: as pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no ano 2000<sup>12</sup>; a criação de Comitês Técnicos de Saúde da População Negra, de Áreas Técnicas de Saúde da População Negra (SPN), em 2004<sup>13</sup>; e o Relatório Saúde Brasil, em 2005<sup>14</sup>. (GOMES *et al.*, 2017).

Com relação aos dois mandatos do governo Lula (2003-2010), Brasil e Trad (2012, p. 71) destacam alguns dos posicionamentos mais comuns usados para explicar esse período da história.

Alguns autores enfatizam que o governo do sucessor de FHC, Lula, pode ser lido como um governo de terceira via, respondendo a um padrão que tenta conciliar uma política econômica conservadora e uma política social progressista, contemplando políticas tradicionalmente vistas como de direita e de esquerda ao mesmo tempo. Outros autores ainda duvidam desse

<sup>12</sup> Estas pesquisas proporcionaram “dados sobre os baixos níveis de renda desse segmento [população negra] tanto no nível individual como domiciliar *per capita*, como fator limitante das liberdades individuais e sociais dos sujeitos”. (GOMES *et al.*, 2017, p. 4, grifos dos autores).

<sup>13</sup> Para mais informações, consultar a Portaria nº 1678, de agosto de 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1678-13-08-2004.html>.

<sup>14</sup> Este possibilitou fazer uma “análise minuciosa segundo raça, cor e etnia, que permitiu constatar o quanto a população negra deste país estava mais vulnerável aos agravos, adoecimento e morte quando comparados com a população branca, devido às condições desfavoráveis a que estava submetida”. (GOMES *et al.*, 2017, p. 4-5).

posicionamento, enfatizando o fato de que o Governo Lula mantém muitos nexos com a política neoliberal de seu antecessor (Martins, 2007; Marques e Mendes, 2007). Para um governo do PT, partido nascido no âmago dos movimentos sociais e trabalhistas, no auge da reorganização da sociedade civil na década de 1980, os dois mandatos de Lula deixaram muito a desejar em diversos aspectos, especialmente relacionados às políticas sociais.

A respeito da formulação de políticas sociais nos governos do ex-presidente Lula, Ramos e Forti (2018, p. 90) destacam que houve uma “[...] certa manutenção dos parâmetros estabelecidos no governo anterior, efetivando a focalização dos investimentos públicos.”. Tal cenário não sofrerá alterações substanciais nos governos Dilma Rousseff e Michel Temer, dado que estes conservarão, ainda que de maneira diferenciada, traços de continuidade com as propostas iniciadas por FHC, o que ocasionou na diminuição da oferta de serviços e bens para a classe trabalhadora, terceirização dos serviços, desmobilização da participação social nas decisões e consequente diminuição na efetividade do controle social, conforme salienta Teixeira (2018).

Na gestão do ex-presidente Lula ocorreram avanços no que tange à aproximação com os movimentos sociais, o que possibilitou a abertura de espaços com segmentos que almejavam efetivar políticas públicas que já haviam sido pensadas por parte dos militantes defensores dos direitos humanos. Convém destacar que a relação com o movimento negro foi ampliada e transformada “[...] levando tais representantes da sociedade civil negra a compor cargos ou espaços de representação nos postos de controle social, além de se efetivarem atores envolvidos na formulação de políticas”. (BRASIL; TRAD, 2012, p. 72). Constatase que

As propostas do governo Lula, sob efeito de muitos representantes do movimento negro, ou gestores sensíveis às causas da população negra, possibilitaram ampliações nas políticas afirmativas do país, principalmente tornando as discussões mais sérias e bem-fundamentadas pela participação ativa desses atores políticos. (BRASIL; TRAD, 2012, p. 74).

A título de exemplo, no ano de 2006, fruto das lutas do movimento negro, aconteceu na cidade de Brasília a Conferência Regional das Américas sobre os avanços e desafios do Plano de Ação contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas. Este evento foi gerenciado pela Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (SEPPIR), numa parceria entre os governos do Brasil e do Chile, e teve como propósito aproximar as políticas voltadas para o combate ao racismo. (ALMEIDA, M.; SOUSA, 2011).

Nesse contexto, os acontecimentos supracitados levaram a avanços no debate acerca da questão étnico-racial no país, a saber:

[...] adoção de diretrizes de intervenção do governo brasileiro no combate à discriminação racial e ao racismo. A realização de pesquisas sobre as iniquidades raciais, a institucionalização de grupos de trabalhos sobre as especificidades da população negra e a necessidade de implementação de políticas públicas de equidade para a referida população [...]. Em 16 de agosto de 2004, foi instituído o Comitê Técnico para subsidiar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. (ALMEIDA, M.; SOUSA, 2011, p. 197).

Decorrente disso, conforme Faustino (2017), aconteceram diálogos entre os grupos gestores executivos do MS e demais órgãos colegiados, como por exemplo, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), além da presença dos movimentos sociais relacionados à saúde, com a finalidade de efetivar a equidade no que tange aos direitos humanos dessa população, que teve como resultado a aprovação no ano de 2006, através do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), “[...] reconhecendo as desigualdades raciais como fatores que interferem no processo saúde, doença, cuidado e morte, bem como a necessidade de implementar políticas que combatessem as iniquidades” (GOMES *et al.*, 2017, p.4). Nessa perspectiva foi criada também a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP), no MS, cujo propósito foi a ampliação dos direitos e práticas cidadãs, com fomento aos espaços participativos, construção coletiva e envolvimento da população.

Tal política foi pactuada, em 2008, através da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), momento em que as três esferas do governo firmaram o compromisso de elaborar ações que almejassem a promoção da equidade em nível SUS. Entretanto, a PNISNP só foi instituída através da Portaria nº 992, no ano de 2009, circunstância em que houve

[...] o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde, e o reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, de que as condições de vida da população negra impactam o processo saúde, doença e morte. (FAUSTINO, 2017, p. 3835).

Cabe assinalar que a responsabilidade pela implementação desta política, “[...] coube às diversas Secretarias Estaduais e Municipais e órgãos do MS, sob a coordenação geral da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP-MS).”

(GOMES *et al.*, 2017, p.4), de modo a se responsabilizar pela sua disseminação, sensibilização dos profissionais, acompanhamento, avaliação e apoio técnico. Consoante com os referidos autores (2017, p. 4),

É sabido que a criação dessa política surge como uma medida compensatória, a fim de minimizar os efeitos da discriminação e exploração sofrida pelos negros ao longo da história, motivados pelos movimentos sociais negros em busca de melhores condições de vida, principalmente a partir década de 80.

A PNSIPN delinea caminhos, diretrizes e demandas com vistas a melhorar as condições de saúde da população negra, de forma que os seus objetivos se inserem no âmbito do SUS, propondo integralidade, equidade, participação e controle social. Enquanto desafios, Almeida, M. e Sousa (2011, p. 198) pontuam a promoção da articulação intersetorial entre as instâncias municipal, estadual e federal, e destacam a instituição do Estatuto da Igualdade Racial, a partir da Lei 12.288/2010, que serviu de respaldo à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e às ações na área da saúde que visem a promoção da equidade. Assim, PNSIPN, adensando a agenda política da luta do movimento negro, já que

[...] tem um caráter público e social, devendo ser considerada sua múltipla causalidade e suas dimensões históricas, econômicas, políticas e culturais. Um ponto a ser considerado refere-se à interconexão entre os temas das desigualdades sociais, ou vistos sob outra forma, entre a problemática racial e a pobreza. Essas dimensões não se excluem, se isolam, ou se complementam, pois fazem parte de uma única totalidade. Nessa perspectiva, os fenômenos sociais são entendidos como uma unidade dialética, e a realidade social como um processo histórico. (ALMEIDA, M.; SOUSA, 2011, p. 198).

Após sua publicação, o MS começou a visualizar as necessidades e especificidades da saúde da população negra de maneira mais atenta, instituindo estratégias que promovessem o acesso integral à saúde, e atuassem no enfrentamento do racismo institucional no âmbito do SUS, sob o prisma de enfrentar os entraves “[...] que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência.” (BRASIL, 2017, p. 8). Nessa mesma direção, observa-se que

A Política também reafirma as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS – governo federal, estadual e municipal – na efetivação das ações e na articulação com outros setores do governo e da sociedade civil, para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde, de forma oportuna



e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde desta população e para redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe. (BRASIL, 2017, p. 8).

Ressalta-se que, ainda nos governos do ex-presidente Lula, ocorreram as 12<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde, em 2003 e 2007, quando novamente se reforçou a necessidade de participação da população, além da retomada da questão primordial, discutida anteriormente, da saúde numa perspectiva de direito de todos e dever do Estado. Outro evento marcante ocorreu na 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, em 2011, ao ser secretariada por uma mulher pertencente ao Coletivo de Mulheres Crioula, do Rio de Janeiro. Tal visibilidade e representatividade nem sempre estiveram presentes nas esferas de participação na saúde, como mostram os dados:

O movimento negro está organizado em 52% das Capitais, porém sua representação é de apenas 37% nos CES e de 22% nos CMS das Capitais, já nos demais conselhos municipais de saúde, não há informações da presença do movimento negro, o que nos leva a pensar sobre as relações de forte poder das oligarquias locais ainda prevalentes, com práticas de cooptação de lideranças, clientelismo e forte resistência a mecanismos participativos. (ALMEIDA, M.; SOUSA, 2011, p. 203).

Em consonância com Faustino (2017), há diminuta presença de negros nos espaços de poder na área da saúde, que se solidarizam e defendem a luta antirracista, e isto reflete nas produções e validações em torno da saúde, tanto na esfera da gestão quanto no próprio funcionamento do SUS, reforçando o já referido racismo institucional. Além disso, nota-se a presença frequente de “[...] simplificação no trato de categorias que relacionam igualdade, diferença, singularidade, particularidade e universalidade humana, sobretudo, quando aplicadas ao campo político institucional.” (FAUSTINO, 2017, p. 3836).

A respeito da reduzida participação negra nos espaços de poder na saúde, Brasil e Trad (2012, p. 72) pontuam os avanços ocorridos nos governos Lula:

[...] percebemos um avanço considerável no último Governo Lula, na sua relação com os movimentos sociais. Esse avanço não pode ser medido na concretização das demandas por eles exigidas, antes, porém, pode-se pensar que o Governo Lula soube abrir mais espaços para a efetivação das políticas que já vinham sendo pensadas para a pauta dos direitos humanos no país. A relação com o movimento negro se amplia e se transforma, levando tais representantes da sociedade civil negra a compor cargos ou espaços de representação nos postos de controle social, além de se efetivarem atores envolvidos na formulação de políticas.

Por outro lado, Faustino (2017, p. 3835) adverte que o fluxo que supostamente parecia normal no tocante à criação de qualquer política no âmbito do SUS, tonou-se frustrante para os sujeitos que se envolveram na formulação da PNSIPN, tendo em vista

[...] que a simples formalização de uma política não significa, necessariamente, nem a sua concretização enquanto processo de implementação e nem o seu sucesso em termos de resultados esperados. Pelo contrário, a própria consolidação do Sistema Único de Saúde, como uma política governamental voltada à garantia da saúde como um direito, implica um pacto social ainda em disputa. Logo de início, a PNSIPN – desenhada prioritariamente como política transversal, ou seja, a aposta na incorporação do combate ao racismo institucional e adoção de indicadores de processo e resultado desagregados por raça nas demais Políticas e Programas do Ministério da Saúde - deparou-se com uma resistência institucional à sua efetivação. Essa resistência se deu tanto pelo desconhecimento da Política por parte de gestores e profissionais de saúde nos três níveis de gestão do SUS, quanto pela não incorporação das ações, indicadores e metas previstos em seu Plano Operativo, – por outras políticas e programas do Ministério da Saúde.

Pode-se inferir daí, que o mito da democracia racial colaborou para validar o discurso da ausência do racismo no Brasil, particularmente nas determinações sociais da saúde, o que reflete nas formas negativas como as instituições respondem às demandas da população negra, que nesse caso, por exemplo, tem como pano de fundo o racismo institucional. Este se associa às dificuldades existentes nas entidades públicas ou privadas em lidar com as ações, projetos, programas ou políticas que busquem fornecer respostas efetivas para as desigualdades raciais.

De modo a ilustrar a explanação acima, utilizaremos os resultados da pesquisa realizada em 2014, por Batista e Barros (2017, p. 2), cuja finalidade foi avaliar o processo de implementação da PNSIPN e constatou “[...] que dentre as 27 Unidades da Federação, 7 secretarias estaduais de saúde responderam ao questionário. Dentre os 5.561 municípios, somente 32 responderam/relataram ter essa política implantada”. Nessa mesma linha de argumentação, os referidos autores (2017, p. 4) destacam que

Há um desconhecimento da população e dos profissionais de saúde de como o racismo impacta a vida, o acesso aos serviços e a qualidade da atenção. Os poucos gestores/gerentes que conhecem e assumem o compromisso em implementar a PNSIPN não sabem como fazê-lo, mas compreendem o impacto, a diferença que se pode fazer no perfil de morbimortalidade da população negra o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços de saúde.

Nessa perspectiva, coadunamos com a análise feita pelos referidos autores ao destacarem que é preciso alertar para o fato de que a interrupção dessa política implicará no agravamento dos índices de mortalidade e morbidade, o que representaria um retrocesso absurdo no processo de redução das desigualdades sociais e raciais.

Gomes *et al.* (2017) trazem outros elementos para o debate ao analisar o processo de implementação da referida política no estado da Bahia, tendo em vista que mesmo em meio aos avanços e as discussões em torno das medidas legais e ações afirmativas para esse fim, o processo ainda é incipiente, fazendo-se necessário o investimento em ações que permitam materializar as etapas finais, como reuniões, análises, estudos e pesquisas que possibilitem criar indicadores de avaliação e monitoramento, visando a retroalimentação e manutenção da Política.

Sob essa égide, não se quer aqui criar novos indicadores de saúde, mas atualizar aqueles comumente utilizados no campo da saúde coletiva, desagregados por raça/cor, e promover a comparação desses indicadores de saúde nas diferentes regiões e municípios, a fim de realmente validar o impacto e os avanços alcançados na implantação dessa política tão importante num estado [e num país] cuja maioria da população é negra, vítima das desigualdades sociais, políticas e econômicas que envergonham a história pelas suas atrocidades e descaso. (GOMES *et al.*, 2017, p. 10).

É importante salientar que as alterações na saúde da população negra perpassam o envolvimento com a perspectiva dos direitos sociais e bem-estar populacional. Embasando-se nestes fundamentos, voltados para a inclusão social, nas suas mais variadas vertentes, a exemplo da garantia de empregos para a população e melhor distribuição da renda, com vistas à vivência de uma democracia social que deve ocasionar impactos na esfera da saúde, objetivando melhorias na situação de vida e saúde dessa população.

Para tanto, é imprescindível o fortalecimento do SUS<sup>15</sup>, em seus mais diversos equipamentos, demandando aos movimentos sociais lutarem por mais conquistas e consolidação de programas e projetos já existentes, indo além do binômio saúde e doença, numa perspectiva de totalidade, envolvendo a prevenção e a promoção de saúde para os diferentes grupos populacionais.

Reforça-se que o supramencionado fortalecimento do SUS, necessita “de ações intersetoriais articuladas com a participação, por exemplo, das escolas, dos serviços de saúde

---

<sup>15</sup> Referendando os princípios: descentralização, equidade, universalidade, integralidade e participação, bem como reafirmando-a enquanto direito universal e dever do Estado, com vistas à promoção, proteção e recuperação dos sujeitos, sob o prisma de amenizar as doenças e demais agravos (BRASIL, 2017).

e segurança pública” (COSTA, 2011 p. 102), fortalecendo o papel dos entes federativos e com o olhar voltado para as especificidades da população negra, historicamente excluída de bens e serviços sociais. Assim,

Entre as divisões de papéis no SUS, planejar a assistência para oferecer o que a população precisa é função essencialmente do município. Ao estado, mesmo que lhe caibam alguns serviços estratégicos, cabe a indução e o apoio aos municípios, para que eles passem a implementar a política, cuidando de forma diferenciada dos negros em condição de iniquidade. **O mesmo raciocínio de abordagem das iniquidades é aplicável às mudanças necessárias aos outros indicadores pactuados: mortalidade infantil, mortalidade relacionada às doenças infecciosas, aids, tuberculose, e todas as outras situações que constituem as metas sanitárias da política.** (COSTA, 2011, p. 103, grifos nossos).

No caso da PNSIPN, deve-se percorrer o caminho da transversalidade, isto é, “as diretrizes e orientações desta Política devem incidir e impactar todas as áreas de organização do processo de cuidado à saúde” (COSTA, 2011, p. 104). Isso envolve desde a baixa até a alta complexidade, perpassando os serviços neonatais, cuidados aos idosos, homens e mulheres, uma vez que há diversos momentos em que o povo negro necessita de acesso ampliado aos seus direitos e serviços de saúde, como por exemplo “[...] lembrar as diferenças e especificidades que envolvem o respeito às culturas e cultos religiosos dentro do hospital”. (COSTA, 2011, p. 105). Desse modo,

O respeito aos religiosos de matriz africana [...] é lei nacional e consta da Carta de Direito dos Usuários da Saúde. Essa Carta trata de divulgar vários aspectos legais relacionados aos direitos e deveres dos usuários. Em relação à população negra, a Carta assegura seus direitos, e, se professam algum credo de origem de matriz africana, de terem ali os seus sacerdotes na sua assistência direta, no momento da internação hospitalar [...]. Respeitar a cultura de um povo tem um sentido muito importante também de promover a saúde. (COSTA, 2011, p. 105).

Destaca-se, assim, a imprescindibilidade de o debate da saúde ser politizado, trazendo à tona questões críticas, como as distintas religiosidades que merecem ser respeitadas. Por isso, é necessária a presença de pessoas negras nas instâncias participativas, a exemplo dos conselhos e conferências. Acresce aqui outro fator importante no processo de efetivação da política e melhoria do acesso à saúde da população negra, com intuito de captar a categoria da interseccionalidade, haja visto que

As populações e grupos sociais em condição de iniquidade muitas vezes superpõem, por exemplo, pessoas LGBT podem ser negras e em situação de rua. Todas as políticas relacionadas ao enfrentamento das iniquidades devem buscar realizar uma ação com interação convergente. Portanto, essas políticas que acolhem esses grupos particulares em situação de desigualdade precisam ter estratégias específicas de forma a promover a saúde e cuidar garantindo-lhes o direito a saúde. Todas elas se imbricam, se matriciam e, na prática, a abordagem das iniquidades deve ser idealmente simultânea e articulada preservando as especificidades de cada grupo. (COSTA, 2011, p. 105).

As mais distintas formas de opressão sobrepõem-se e é necessário que os profissionais da área da saúde, assim como dos demais espaços sócio ocupacionais estejam atentos a essas questões, para que assim as demandas específicas de dados grupos populacionais sejam atendidas, de modo a vislumbrar a equidade, pressuposta no SUS e, por conseguinte, na PNSIPN.

Diante dos argumentos aqui explicitados, pode-se inferir que apesar dos avanços que começaram a ser gestados na década de 1980, sobretudo após a aprovação da Carta Magna e anos mais tarde com a aprovação da PINSIPN, ainda há um longo caminho a ser percorrido visto que as políticas sociais na atual conjuntura têm sofrido ataques por parte das contrarreformas do Estado.

Conforme Bravo e Menezes (2018, p. 19), isto não é algo recente, pois desde o governo de FHC até o governo do ex-presidente Michel Temer estamos vivenciando um contexto de encolhimento do “[...] espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado - não só nas atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados.”. Nessa mesma direção, Iamamoto (2009, p. 162) destaca que

Vive-se uma época de regressão de direitos e destruição do legado de conquistas históricas dos trabalhadores em nome da defesa, quase religiosa, do mercado e do capital, cujo reino se pretende a personificação da democracia, das liberdades e da civilização. A mistificação inerente ao capital, enquanto relação social alienada que monopoliza os frutos do trabalho coletivo, obscurece a fonte criadora que anima o processo de acumulação em uma escala exponencial no cenário mundial: o universo do trabalho. Intensifica-se a investida contra a organização coletiva de todos aqueles que, destituídos de propriedade, dependem de um lugar nesse mercado, cada dia mais restrito e seletivo, que lhes permita produzir o equivalente de seus meios de vida. Crescem, com isso, as desigualdades e, com elas, o contingente de destituídos de direitos civis, políticos e sociais. Esse processo é potenciado pelas orientações (neo)liberais, que capturam os Estados nacionais, erigidas pelos poderes imperialistas como caminho único para animar o crescimento econômico, cujo ônus recai sobre as grandes maiorias.

Dessa forma, vê-se o quão desafiador é operacionalizar as distintas políticas sociais e, no caso da PNSIPN torna-se mais delicado devido à falaciosa crença de que os princípios dos SUS garantem o atendimento das necessidades concretas da população negra.

Mediante o exposto, segundo Iamamoto (2009), é crucial decifrar novas mediações ao intervir nas expressões da questão social na atualidade, de modo que possamos visualizar as diferentes expressões de desigualdade social que envolvem a atual conjuntura, captando a forma como se engendram seus processos de produção e reprodução, a fim de projetar formas de resistência frente ao cenário vivenciado. As análises a seguir mostram várias facetas dessa desigualdade, materializadas nas condições de saúde vivenciadas pelas pessoas negras.

**CAPÍTULO 3 - A POPULAÇÃO NEGRA COM HIV E AIDS NO ESTADO DE  
SERGIPE: RECORTES EPIDEMIOLÓGICOS**

Este capítulo tem como propósito discutir os resultados obtidos junto ao banco de dados disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, e que dizem respeito à população negra com HIV e AIDS, residente no estado de Sergipe, no período de 2015-2017. Como já referido anteriormente, levando em consideração que se tratam de dados brutos que alimentam o SINAN, podem ocorrer algumas diferenças nos quantitativos finais constantes na plataforma DATASUS, mas, como ocorrem subnotificações, esta diferença torna-se quase inexistente.

Com enfoque na análise dos dados, foram definidos alguns eixos temáticos: a) População negra infectada por HIV e AIDS<sup>16</sup> em Sergipe: dados para um perfil; b) HIV e AIDS em Sergipe: formas de transmissão, diagnóstico e óbitos nas pessoas negras; c) Gestantes negras com HIV e AIDS em Sergipe. Ressalta-se que os dados a seguir estão classificados de forma separada no que se refere às informações referentes à AIDS e HIV, levando em consideração que as pessoas podem apresentar o vírus e, ainda assim, não desenvolverem a doença. Destarte, tomou-se por base o ano de diagnóstico<sup>17</sup> e o quesito raça/cor, enquanto elementos imprescindíveis para obter o objetivo tencionado.

### **3.1 - POPULAÇÃO NEGRA COM HIV E AIDS EM SERGIPE: DADOS PARA UM PERFIL**

Neste item são analisadas as informações referentes à faixa etária, escolaridade, sexo e zona de residência das pessoas com HIV e AIDS no estado de Sergipe. Convém pontuar que foram analisados os percentuais com maior ocorrência, apesar de constarem nos gráficos todos os dados encontrados.

---

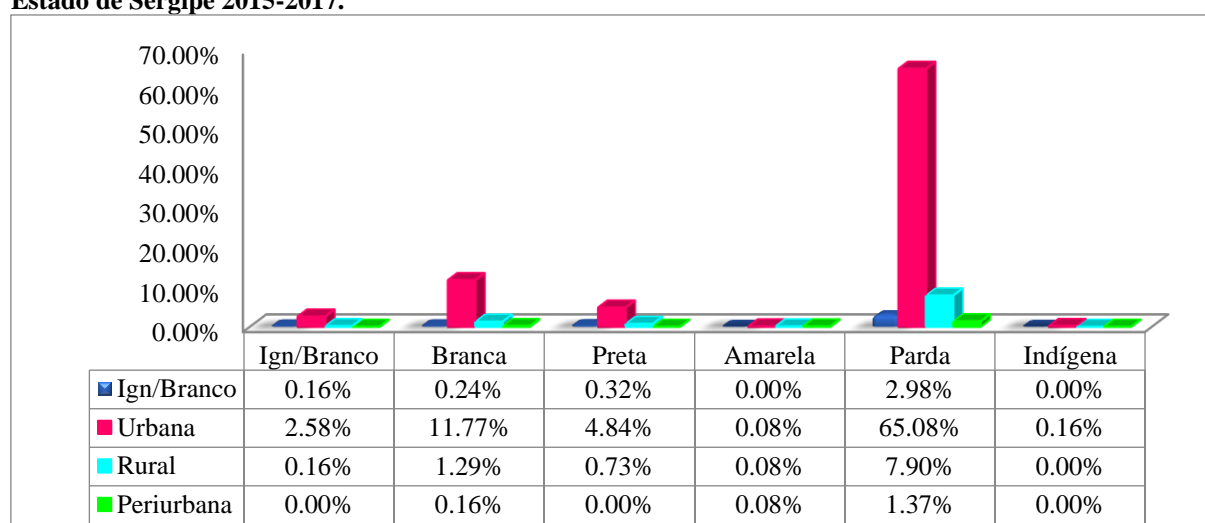
<sup>16</sup> A Portaria nº 204/2016 estabelece uma lista de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública e privada em todo território nacional. Destacam-se, entre estas, as infecções por HIV e AIDS. Verificando a ocorrência de casos acerca delas, há a urgente necessidade de serem repassados às autoridades de saúde. Contudo, existe ainda um número expressivo de casos subnotificados, que implica em limitações no que tange a elaboração de respostas ao HIV e AIDS, haja vista que informações epidemiológicas importantes são desconhecidas, a exemplo, o quantitativo total de casos, comportamentos e vulnerabilidades, dentre outros (BRASIL, 2018a).

<sup>17</sup> Esta escolha se justifica devido ao registro desse dado ser, na maioria das vezes, fidedigno à data exata que o usuário descobre o diagnóstico. No caso do ano de notificação, este pode acontecer de forma mais tardia, ou seja, não necessariamente quando o profissional identifica o indivíduo como HIV positivo, ocorre a notificação ao SINAN. Pontuado isso, é fundamental destacar que, no período evidenciado, ao analisar os dados, a partir do ano de notificação, há 1286 casos de HIV. Constatando 396 identificados no ano de 2015; 377 em 2016; e 513 em 2017. Do total, 83,44% são negros (as) – 77,92% pardos (as) e 5,52% pretos (as) –, 12,91% brancos (as), 0,23% amarelo (a), 0,16% indígena e 3,27% tiveram o quesito raça/cor ignorado. Quanto às pessoas com AIDS, foram notificados 1066 casos, classificando-se da seguinte forma: 387 em 2015, 312 em 2016 e 367 em 2017, o que, quando comparado às pessoas com HIV, aponta uma queda. Deste quantitativo, 83,02 % são negras (as) – 78,05% pardos (as) e 4,97% pretos (as) –, 9,76% brancas (as), 0,19 % amarelo (a), nenhum indígena e 7,04% tiveram o recorte étnico-racial ignorado.



Os dados revelaram que dentre as pessoas com **HIV**, aproximadamente 84% residem na zona urbana. Destas, 69,92% são negras (65,08% pardas e 4,84% pretas), enquanto 11,77% brancas. Cerca de 10% residem na área rural, sendo 8,63% negros (as) - 7,90% pardos (as) e 0,73% preto (a) - e 1,29% brancos (as). Por fim, na zona periurbana foi encontrado um percentual populacional de 1,61%, dos quais 1,37% são negros (as) - todos autodeclarados pardos - e 0,16% de branco (a). Destaca-se que 2,90% tiveram o quesito raça/cor ignorado/branco no momento do atendimento, conforme gráfico 1.

**Gráfico 1 - Distribuição por zona de residência e raça/cor dos casos de HIV por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.**

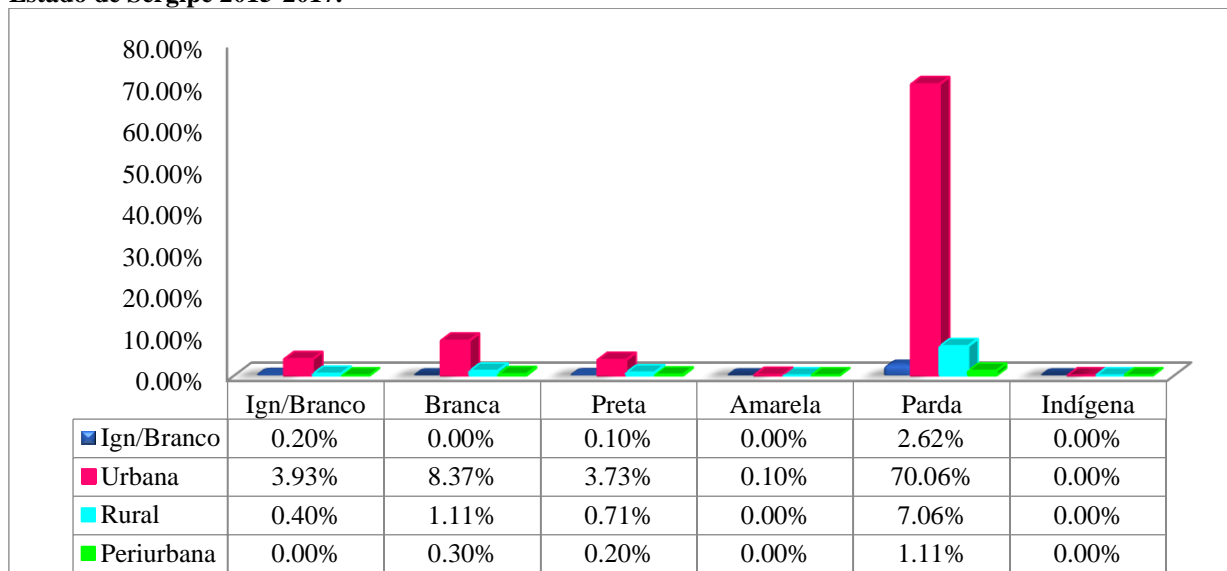


Elaboração própria. Fonte: SINAN- adulto/ Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe.

\*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

Referindo-se às pessoas com **AIDS**, a população permaneceu, preponderantemente, localizada na zona urbana (86,19%), contando com 73,79% de negros (as) - 70,06% pardos (as) e 3,73% pretos (as) -, enquanto 8,37% brancos (as). Na zona rural, área com segundo maior contingente populacional, havia 7,77% negros (as) - 7,06% pardos (as) e 0,73% preto (a) -, 1,11% brancos (as). Cenário que se repete na zona periurbana, com 1,31% de pessoas negras (1,11% pardas e 0,20% preta). Quanto aos ignorados e/ou brancos, juntos, contabilizaram aproximadamente 4,54% dos casos, como destaca o gráfico 2.

**Gráfico 2 - Distribuição por zona de residência e raça/cor dos casos de AIDS por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.**



Elaboração própria. Fonte: SINAN-Adulto/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe  
 \*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

Perante o exposto, foi possível verificar que o maior quantitativo de pessoas com **HIV** e **AIDS** concentra-se na zona urbana e é, prevalentemente, composto por pessoas negras (pardas e pretas). Entre os anos de 2015 e 2017, ocorreram algumas oscilações com relação aos povos majoritários e minoritários, no entanto, sempre na direção de predomínio de negros (as). Além de escasso aparecimento de casos em pessoas indígenas e amarelas.

Os estudos de Correia, Cornélio e Almeida (2013), correspondem com essa realidade, pois verificaram que os pacientes homens com HIV e AIDS no estado de Sergipe localizam-se “[...] na população mais sexualmente ativa, na faixa etária dos 20 aos 59 anos; que possuem cor de pele parda; a maioria reside na capital”.

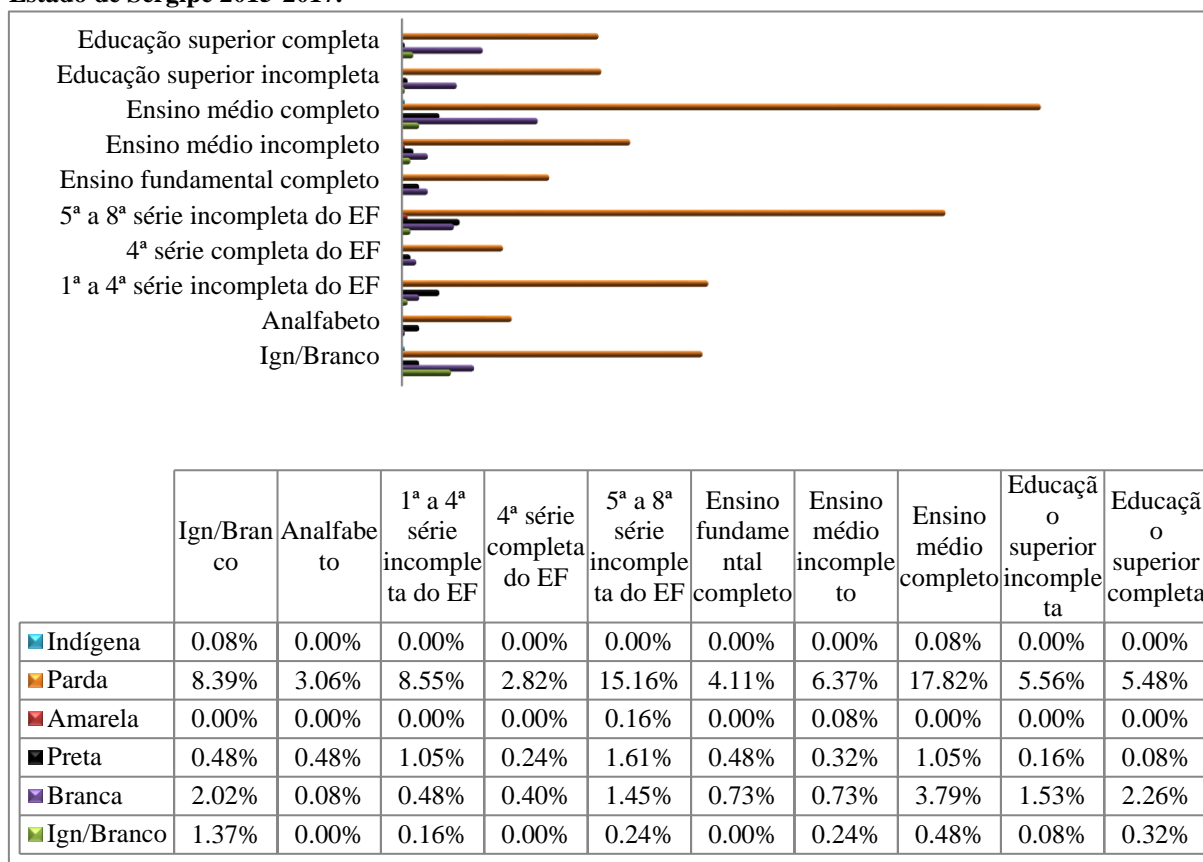
Dos 75 municípios do estado de Sergipe, 33 registraram casos de HIV/AIDS de indivíduos do sexo masculino. A capital Aracaju apresentou o maior índice de infecção dos casos estudados, totalizando 45,35%. O município de Nossa Senhora do Socorro, que faz parte da região metropolitana da cidade de Aracaju, apresentou a maior taxa 9,30% em relação a outros interiores. Em seguida vieram Propriá, Itabaiana, Itaporanga e São Cristóvão com praticamente 3% dos casos cada. O restante dos municípios apresentaram 0,58% dos casos. Houve ainda o registro de 1 caso em município não informado [...]. Observou-se um elevado número de municípios do interior do estado (44%) com casos de HIV/AIDS registrados, porém o maior número de infectados ainda encontra-se na capital. (CORREIA; CORNÉLIO; ALMEIDA, 2013, p. 18).

Esses dados, que reafirmam a maior presença entre as pessoas que vivem na zona urbana, se complexificam se consideradas as condições de saúde que se agravam diante das

[...] diferentes formas de desigualdade estão expressas no desemprego, nos baixos salários, no aumento da pobreza, no analfabetismo, nas crianças e famílias vivendo nas ruas, nos doentes sem tratamento, nas moradias precárias, na falta de terra para os/as trabalhadores/as, na violência e insegurança urbana. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2016, p. 8).

No que se refere ao nível de escolaridade das pessoas com HIV e AIDS em Sergipe, dentre aquelas com **HIV**, a maioria possui o Ensino Médio completo (aproximadamente 23%), que se subdividem em: 18,87% negros (as) - sendo 17,82% pardos (as) e 1,05% pretos (as) -, e 3,79% brancos (as). Seguido de cerca de 18% com pessoas escolarizadas entre a 5ª e a 8ª série incompleta do ensino fundamental, 16,77% são negras (15,16% pardas e 1,61% pretas), e 1,45% brancas. O menor quantitativo aparece em pessoas analfabetas (3,54%), composta por negros (as) - 3,06% pardos (as) e 0,48% preto (a) - e 0,08% branca. Neste item, 2,90% das pessoas tiveram o quesito raça/cor ignorado, como demonstra o gráfico 3.

**Gráfico 3 - Frequência dos casos de HIV segundo escolaridade e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.**



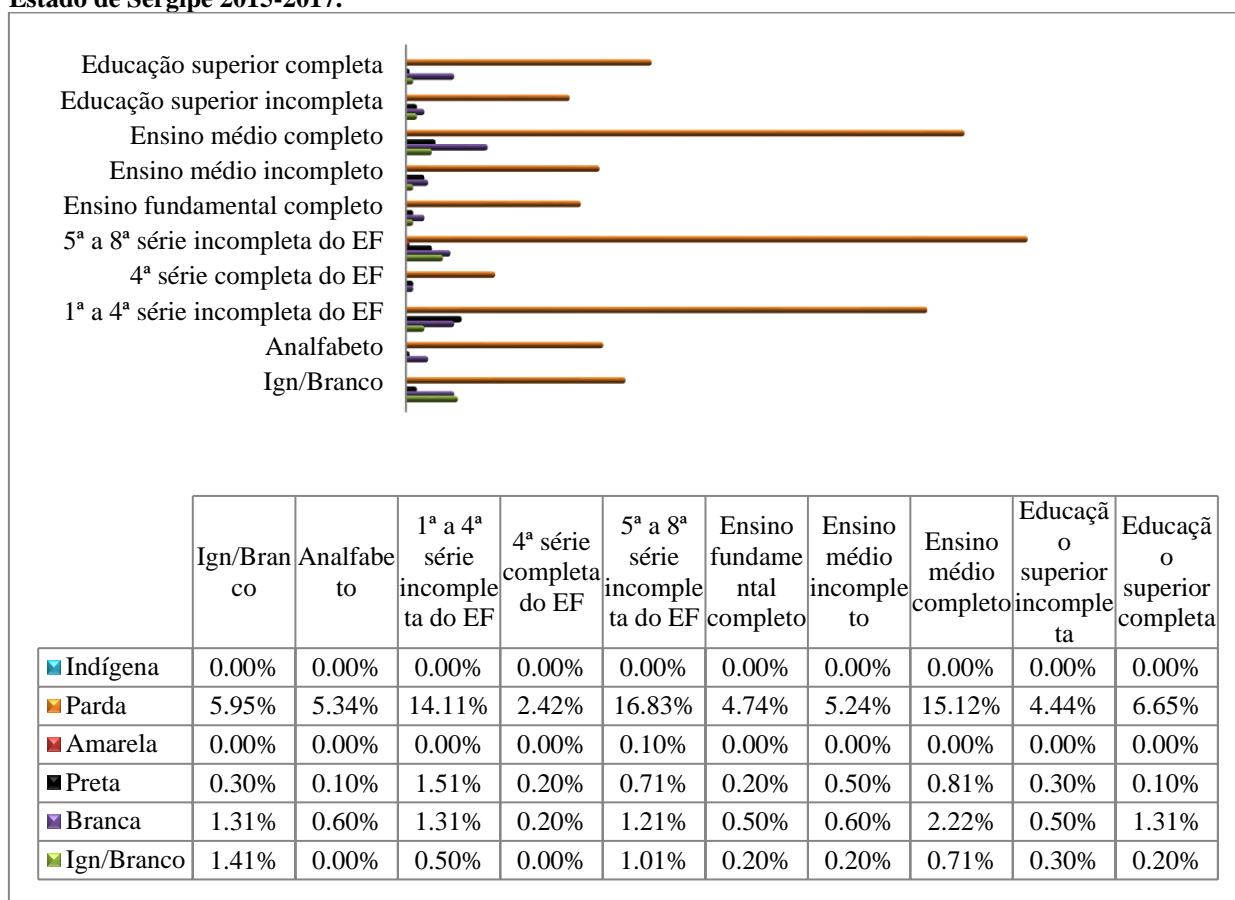
Elaboração própria. Fonte: SINAN-Adulto/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe

\*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

Dentre as pessoas com **AIDS**, por um lado, a predominância ocorreu entre as pessoas que possuem escolaridade entre a 5ª e 8ª série incompleta do ensino fundamental (19,86%), destas, 17,54% são negras (16,83% pardas e 0,71% preta) e 1,21% brancas. Em seguida, vem aqueles com o nível de escolarização até a conclusão do ensino médio (18,85%), 15,93% são negras (15,12% pardas e 0,81% preta), 2,22% brancas. Com diminuta diferença estão as pessoas com escolaridade entre a 1ª e a 4ª série incompleta do ensino fundamental (17,43%), das quais, 15,62% negras (14,11% pardas e 1,51% pretas) e 1,31% brancas.

Por outro lado, os menores percentuais foram das pessoas que possuem educação superior incompleta, (5,54%), destas, 4,74% são negras (4,44% pardas e 0,30% preta) e 0,50% branca. Com quantitativo próximo a este, estão as pessoas analfabetas (6,04%), subdivididas em 5,44% negras (5,34% pardas e 0,10% preta) e 0,60% branca. Ademais, os que não utilizaram o recorte étnico-racial totalizam 4,54%, conforme o gráfico 4.

**Gráfico 4 - Frequência dos casos de AIDS segundo escolaridade e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.**



Elaboração própria. Fonte: SINAN-Adulto/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe

\*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

Nessa direção, tendo em vista que “[...] a escolaridade é um indicador social que permite analisar as possibilidades de mobilidade social ascendente, pois anos de estudo significam maiores oportunidades de ingresso no mercado de trabalho” (CAMPOS *et al.*, 2011, p. 99), fica evidente que a população negra, ilustrada nos dados da SES, enquanto mantenedora de menor acesso à educação, tem, portanto, menor probabilidade de mobilidade social e acesso a um direito fundamental garantido constitucionalmente: a educação.

Dessa forma, a exclusão do povo negro é evidenciada ao se tratar de dados educacionais. Segundo o IBGE (2018), as crianças da faixa etária entre 0 e 5 anos, de cor preta ou parda, frequentavam menos a escola do que as crianças brancas da mesma idade (54,3% pretas ou pardas e 51,7% brancas), o que se reflete nos demais níveis educacionais. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

É importante salientar, que, a partir de Madeira e Gomes (2018, p. 473), a educação, ao longo da história, foi e é pauta nas reivindicações da população negra. As referidas autoras, a partir da argumentação de Andrews (2015, p. 156), afirmam que “[...] a educação é universalmente reconhecida como uma área fundamental para a justiça social e como um dos mais poderosos determinantes de desigualdades e hierarquia social”. Nessa direção,

Um dos indicadores selecionados é a taxa de analfabetismo, que vem caindo de maneira importante no Brasil nas últimas décadas, mas que ainda não atingiu os patamares ideais e, nesse caso, apresenta um diferencial racial importante: em 2015, entre as mulheres com quinze anos ou mais de idade brancas, somente 4,9% eram analfabetas; no caso das negras, este número era o dobro, 10,2%. Entre os homens, a distância é semelhante. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA, 2017, p. 2)

Deste modo, percebe-se que a educação atua como elemento determinante no que tange às características social e econômica da população. Conforme Martins, R. (2004), a partir dela definem-se, em grande medida, suas oportunidades de emprego e renda, afetando sobremaneira em seu bem-estar, assim como na sua inserção econômica, social e política. Nessa lógica, o “[...] sistema educacional pode, em qualquer sociedade, se constituir em um poderoso agente de inclusão e de promoção da igualdade, como pode, ao contrário, atuar no sentido de gerar, de manter, ou de ampliar as disparidades socioeconômicas.” (MARTINS, R., 2004, p. 21).

Vale destacar que a realidade brasileira, quando comparados os

[...] perfis de escolaridade de negros e brancos demonstra, além de qualquer dúvida, que o sistema educacional não tem sido capaz de superar ou, pelo menos, de amenizar significativamente as imensas iniquidades geradas pelos

séculos de exclusão escravista, seguidos por mais de um século de negligência e de discriminação. (MARTINS, R., 2004, p. 21).

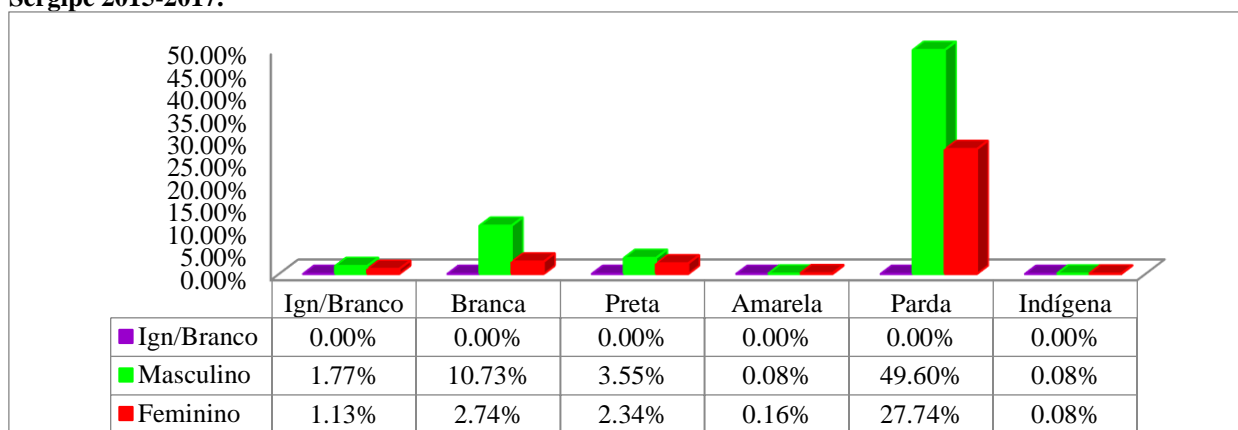
Acerca disso, Madeira e Gomes (2018) assinalam que vivenciamos um cenário de desemprego e trabalho precarizado que, no capitalismo contemporâneo, exige, cada vez mais, níveis elevados de escolaridade. Observa-se que a população negra ainda encontra entraves para ampliar seu nível de escolaridade, e, quando assim o faz, isto não garante maior qualificação para a inserção no mercado de trabalho.

Nota-se, portanto, que apesar de avanços no sistema educacional nos últimos anos, resultando no acesso de mais brasileiros ao nível superior, as diferenças entre as populações permanecem, conforme evidenciam os dados:

Entre 1995 e 2015, duplica-se a população adulta branca com doze anos ou mais de estudo, de 12,5% para 25,9%. No mesmo período, a população negra com doze anos ou mais de estudo passa de inacreditáveis 3,3% para 12%, um aumento de quase quatro vezes, mas que não esconde que a população negra chega somente agora ao patamar de vinte anos atrás da população branca. (INSTITUTO DE PESQUISA E ECONÔMICA APLICADA, 2017, p. 2).

Quanto aos dados relacionados aos casos de HIV e AIDS por sexo, dentre as pessoas com **HIV**, 65,81% são homens e 34,19% mulheres. Destas, 83,23% são negras (77,34% pardas e 5,89% pretas), com 53,15% homens (49,60% pardos e 3,55% pretos) e 30,08% mulheres (27,74% pardas e 2,34% pretas), 13,47% são brancas, sendo 10,73% homens e 2,74% mulheres. Ressalta-se que o quesito raça/cor foi ignorado em 2,90% dos casos, conforme evidencia gráfico 5.

**Gráfico 5 - Distribuição dos casos de HIV segundo sexo e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.**

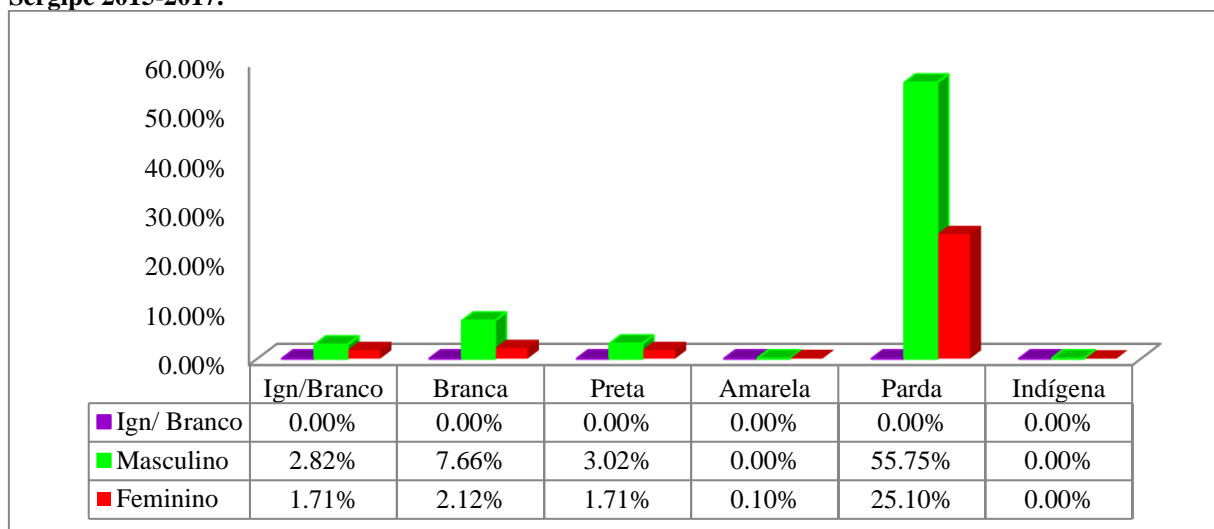


Elaboração própria. Fonte: SINAN-Adulto/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe

\*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

Já com relação às pessoas com **AIDS**, o cenário sofre leve aumento: 69,25% são homens e 30,75% mulheres. Deste quantitativo, 85,59% negras (80,85% pardas e 4,74% pretas), divididas entre 58,77% homens (55,75% pardos e 3,02% pretos) e 26,81% mulheres (25,10% pardas e 1,71% pretas), 9,78% são brancas, sendo 7,66% homens e 2,12% mulheres. Quanto ao quesito raça/cor, este foi ignorado em 4,54% dos casos, conforme demonstra o gráfico 6.

**Gráfico 6 - Distribuição dos casos de AIDS segundo sexo e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.**



Elaboração própria. Fonte: SINAN-Adulto/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe

\*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

Os dados obtidos neste estudo estão consonantes com cenário nacional visto que os números dos casos de **HIV e AIDS** no sexo masculino representam quase o dobro quando comparados com o feminino, e estes atingem majoritariamente os negros (as). Conforme Correia, Cornélio e Amélia (2013), as populações mais excluídas ou culturalmente discriminadas estão mais suscetíveis a adquirir o HIV e desenvolverem a AIDS, independente da raça. Deste modo, o nível de vulnerabilidade dependerá dos valores e recursos que as possibilitem ou não obter meios de se proteger. Todavia, conforme discutido, a população negra apresenta os piores indicadores relacionados à educação, saúde, renda média mensal, moradia e emprego, ou seja, uma situação de vulnerabilidade que leva a uma maior frequência de casos de infecções de HIV e AIDS em negros (as).

A defesa por uma abordagem interseccional parte da compreensão de que, na realidade brasileira, as desigualdades de gênero, entendidas como expressões da questão social, estão atravessadas por determinações de classe e de raça. Portanto, é imperativo dar destaque às questões de gênero sempre atreladas aos recortes de classe e raça que atravessam

especialmente as mulheres na sua heterogeneidade, de modo que não há possibilidade de atender as demandas específicas das mulheres, em sua pluralidade, ao descontextualizá-las das opressões vinculadas às supracitadas classe e raça.

Após sinalizarmos a importância do debate de gênero sob a perspectiva étnico racial, trataremos outro recorte que atravessa as mulheres negras em sua pluralidade: a questão da suscetibilidade ao HIV e AIDS. Na contemporaneidade, o HIV e a AIDS têm assumido novas configurações, a saber: heterossexualização, pauperização, feminização, juvenização, interiorização e envelhecimento (BRASIL, 1999; CLEMENTINO; SOUZA, 2017; FRANCISCO *et al.*, 2010; CORREIA; CORNÉLIO; AMÉLIA, 2013).

Com isso, é consensual entre alguns autores que este fenômeno ainda permanece sendo um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, o qual nas últimas décadas tem apresentado maior frequência nos heterossexuais, “[...] permanecendo a população masculina como um dos principais acometidos pela infecção.” (FRANCISCO *et al.*, 2010, p. 83), apesar de que razão entre os sexos está diminuindo. A título de ilustração, identificou-se que

No período de 2002 a 2008, a razão de sexos, expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, manteve-se em 15 casos em homens para cada dez casos em mulheres; no entanto, a partir de 2009, observou-se uma redução gradual dos casos de aids em mulheres e um aumento nos casos em homens, refletindo-se na razão de sexos, que passou a ser de 22 casos de aids em homens para cada dez casos em mulheres em 2016, razão que se manteve em 2017. (BRASIL, 2018a, p. 12).

Tal cenário apresenta conotações diferenciadas e tendem a se acentuar quando estabelece a intersecção de vulnerabilidade entre raça e gênero, dado que embora a doença possa ser adquirida por qualquer pessoa independente da raça, quando se utiliza o recorte de gênero, esta pode ser visualizada de forma mais contundente nas mulheres, particularmente as negras, posto que “[...] constata-se a presença de uma tríplice discriminação: **o fato de ser mulher, negra e pobre.**” (ALBUQUERQUE; MOÇO; BATISTA; 2010, p. 64, grifos nossos).

Dentre os fatores que podem explicar a maior vulnerabilidade dos homens ao vírus destaca-se o fato deles se relacionarem com múltiplos/as parceiros/as e não usarem com frequência o preservativo, visto que numa sociedade onde impera os valores patriarcais, machistas e sexistas, que tendem a subjugar a mulher ao homem, a figura masculina atua sempre como “[...] representante da virilidade e da atividade sexual, enquanto a mulher vista



do ponto de vista da fragilidade, da dependência masculina e da passividade sexual.” (LAGES *et al.*; 2014, n.p.).

Nessa lógica, observa-se que as vulnerabilidades das mulheres estão associadas à aspectos como restrições relacionadas ao seu poder de participação nas decisões no que tange a sua vida sexual e reprodutiva; coerções emocionais de caráter culturalmente determinado que interferem na sua prevenção e baixa percepção dos riscos de contaminação, considerando-se que nos anos iniciais da doença estas não estavam inclusas nos grupos nos quais a AIDS se manifestava (LOPES; BUCHALLA; AYRES, 2007). No caso das mulheres negras destacam-se os baixos níveis de escolaridade e renda, e “[...] consequentemente, acesso a bens e serviços, baixo índice de uso sistemático do preservativo e percepções de gênero, que reforçam a menor autonomia feminina na tomada de decisões protetoras.” (ALBUQUERQUE; MOÇO; BATISTA, 2010, p. 63).

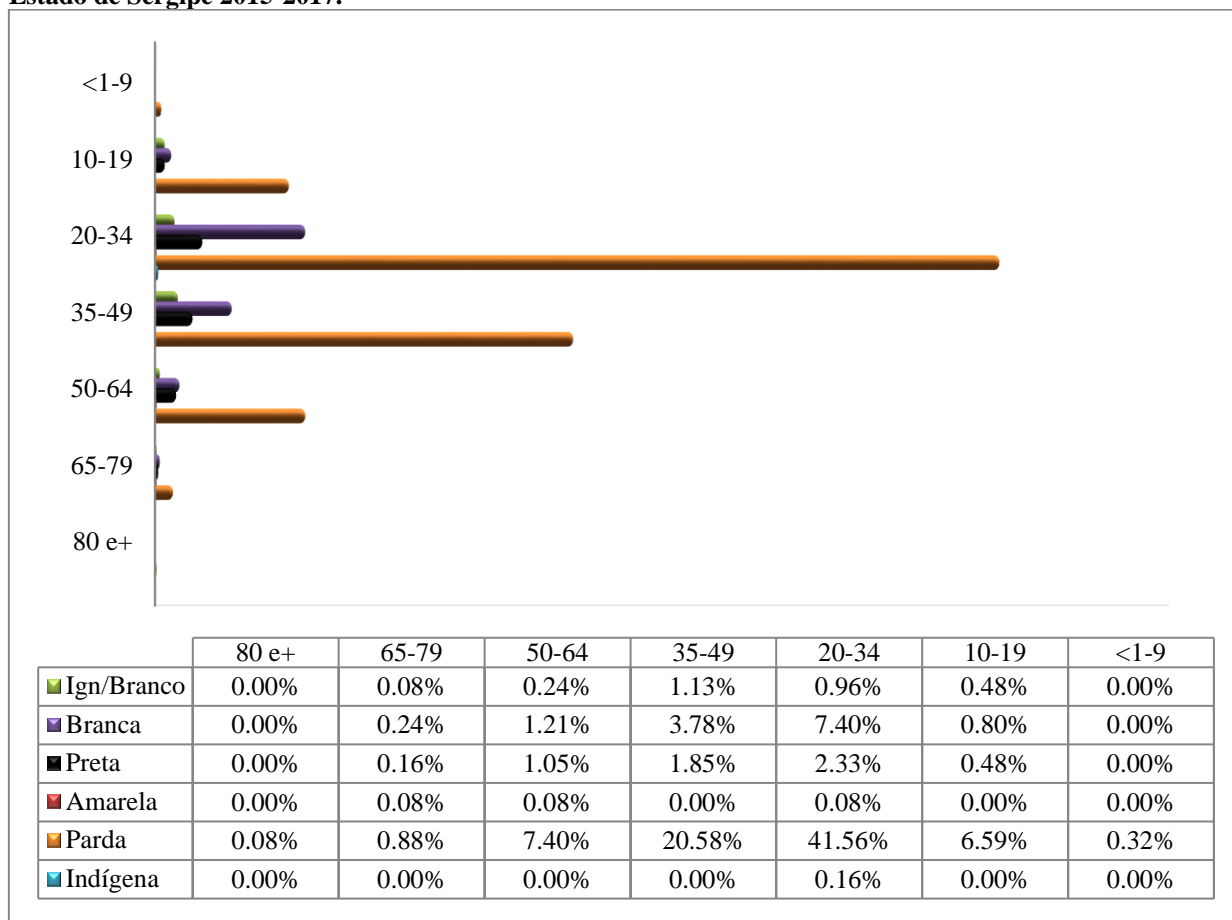
A partir das assertivas feitas, destaca-se ainda que as desigualdades étnico-racial e de gênero permanecem latentes no âmbito do mercado de trabalho, advindas das relações sociais ao longo dos anos, pois, conforme destacamos, não devem ser vistas como naturais ou biológicas. Deste modo, percebe-se que as inserções desiguais no mercado de trabalho atuam de forma a naturalizar o papel feminino no trabalho doméstico, que se perpetua no imaginário social, o qual tende a se conservar no seio da sociedade o papel da mulher no cuidado da família.

Antes de analisar os dados referentes à faixa etária, faz-se necessário elucidar que ao longo da pesquisa foram utilizados os dados do SINAN adulto, todavia, com vistas a ilustrar melhor a faixa etária dos casos diagnosticados entre 2015-2017, foram utilizadas as informações relacionadas a este item, disponíveis também no SINAN criança. Com isso, enfatizamos que o primeiro banco de dados reconhece como adultas pessoas maiores de 13 anos, enquanto o segundo notifica pessoas na faixa etária menor que 1 ano até 13 anos incompletos. Assim, os agrupamentos das faixas etárias que serão apresentados a seguir ocorreram em conformidade com os intervalos temporais disponíveis nos supracitados bancos de dados.

Em relação às pessoas com **HIV** os números mais expressivos são aqueles correspondentes às pessoas na faixa etária de 20 a 34 anos (52,49%), sendo 43,89% negros (as) - 41,56 % pardos (as) e 2,33% pretos (as) - e 7,40% brancas (os). O segundo maior quantitativo refere-se às pessoas com idade entre 35 a 49 anos (27,34%), deste montante 22,43% são negras (20,58% pardas e 1,85% pretas) e 3,78% brancas. Os menores quantitativos são das pessoas com idade igual ou superior a 80 anos (0,08%), composta por

negros (as) - autodeclarados pardos (as), seguido dos indivíduos na faixa etária de menores de 1 até 9 anos (0,32%), formada por negros (as) - autodeclarados pardos (as). Em 2,89% aparecem os ignorados no quesito raça/cor, conforme gráfico 7.

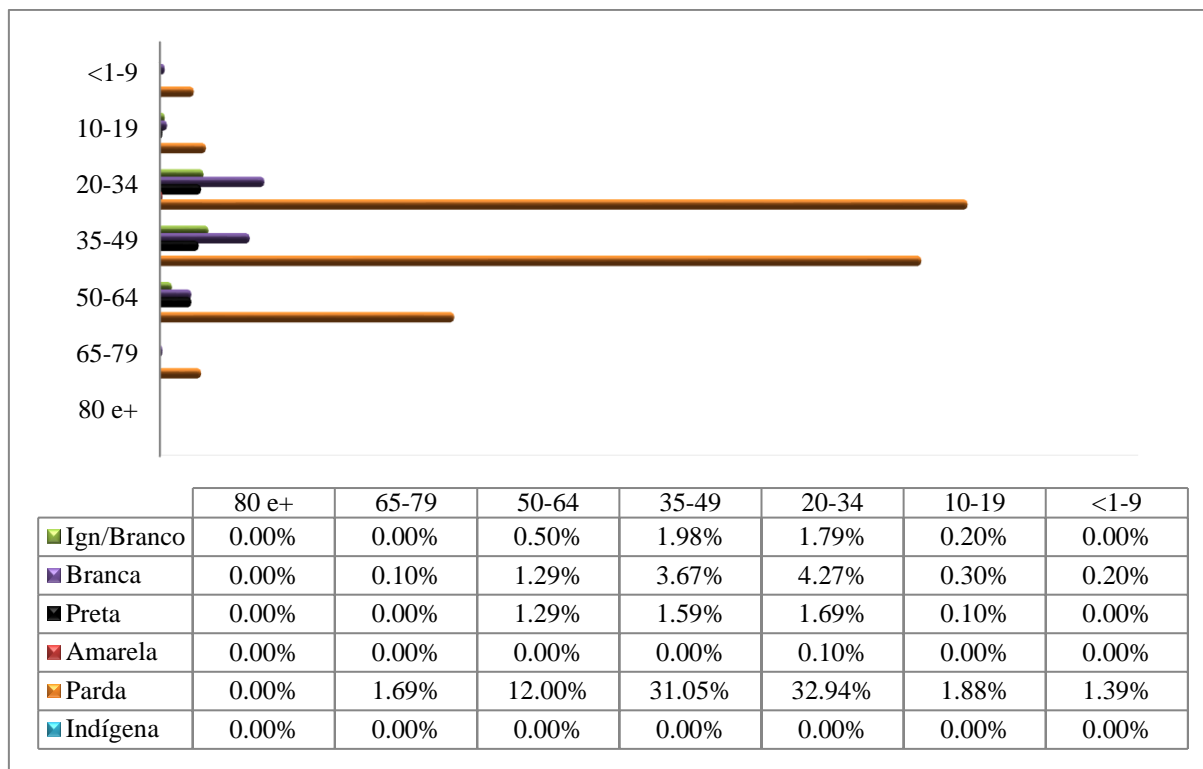
**Gráfico 7 - Distribuição dos casos de HIV segundo faixa etária e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.**



Elaboração própria. Fonte: SINAN-Adulto/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe  
 \*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

Tratando-se das pessoas com **AIDS**, verificou-se que 40,77% estão na faixa etária de 20 a 34 anos, sendo 34,63% negros (as) - 32,94 % pardos (as) e 1,69% pretos (as) - e 4,27% brancas (os). Já 38,29% estão com idade entre 35 a 49 e destas 32,64% são negras (os) (31,05% pardas e 1,59% pretas), 3,67 % brancas (os). Por fim, 1,59% estão na faixa etária de menores de 1 até 9 anos, sendo 1,39 % negros (as) - autodeclarados pardos (as) - e 0,20% branco (a). Não foi registrado nenhum caso de AIDS com faixa etária igual ou superior a 80, anos no período analisado. Salienta-se que 4,46% não expressaram o quesito raça/cor, conforme gráfico 8.

**Gráfico 8 - Distribuição dos casos de AIDS segundo faixa etária e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.**



Elaboração própria. Fonte: SINAN-Adulto/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe  
 \*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

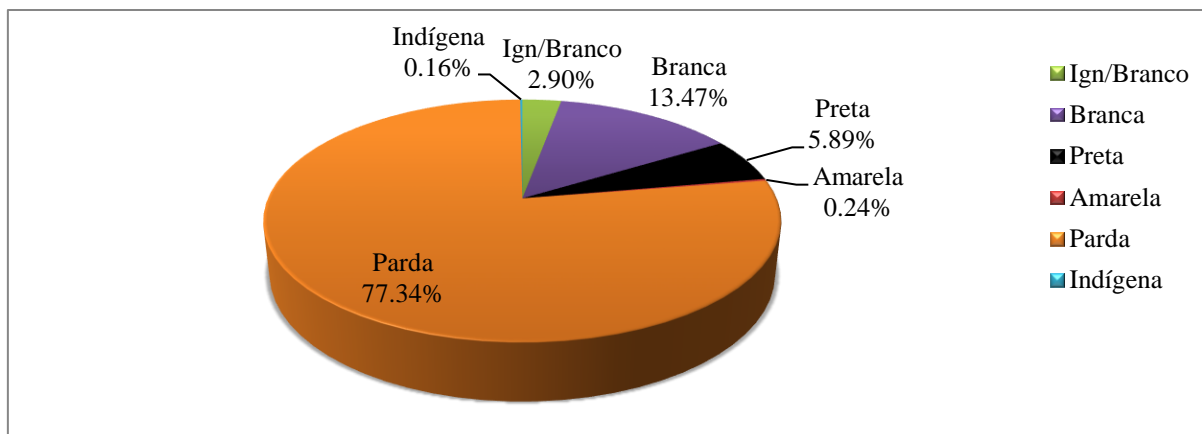
Esse resultado coaduna com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, tendo em vista que no período de 2007 a junho de 2018, observou-se que, no Brasil, a faixa etária entre 20 a 35 anos apresentava o maior número de pessoas **HIV** positivas, correspondente à 53,6% dos casos; em relação à **AIDS** nos indivíduos com idade entre 25 a 39 anos, do total de casos registrados de 1980 a junho 2018, 52% dos casos foram registrados em homens e 48% em mulheres (BRASIL, 2018a). Salienta-se que a análise da faixa etária no referido boletim não acontece segundo raça/cor, todavia, pode-se inferir que estes indivíduos, consequentemente, serão preminentemente negros.

### 3.2 - HIV E AIDS EM SERGIPE: ANO DE DIAGNÓSTICO, FORMAS DE TRANSMISSÃO E ÓBITOS NAS PESSOAS NEGRAS

Através dos dados obtidos, constata-se que foram diagnosticados 1240 casos de **HIV**, entre 2015-2017, sendo 384 identificados no ano de 2015, 374 em 2016 e 482 em 2017. Do total, 83,23% são negros (as) - 77,34% pardos (as) e 5,89% pretos (as) -, 13,47% brancas (os) e 2,90% tiveram o quesito raça/cor ignorado. No tocante às pessoas com **AIDS**, foram

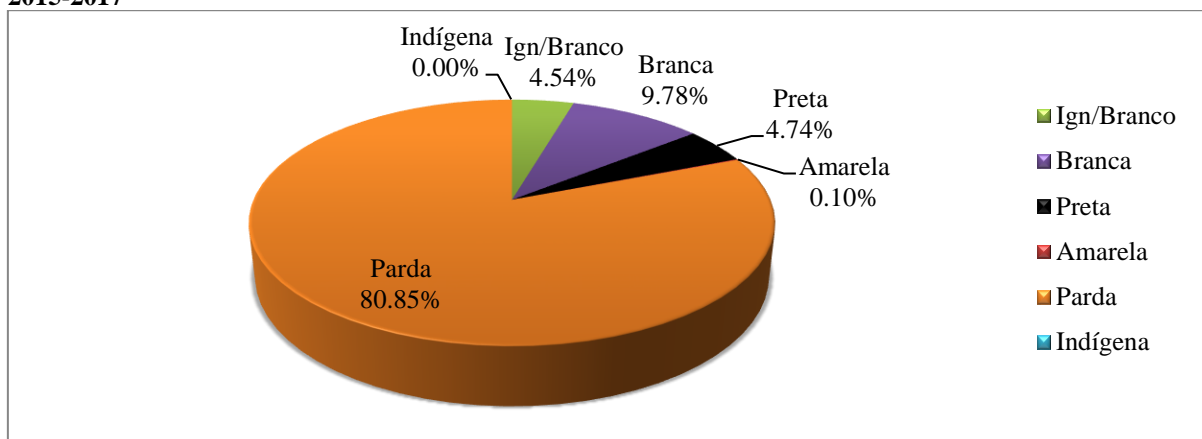
diagnosticados 992 casos, assim distribuídos: 344 em 2015, 328 em 2016 e 320 em 2017, o que evidencia uma queda quando comparado às pessoas com HIV. Deste quantitativo, 85,59% eram negras (as) - 80,85% pardos (as) e 4,74% pretos (as) -, 9,78% brancas (os) e 4,54% tiveram o recorte étnico-racial ignorado, como apontam os gráficos 9 e 10.

**Gráfico 9 - Distribuição dos casos de HIV segundo ano de diagnóstico e raça/cor no Estado de Sergipe 2015-2017**



Elaboração própria. Fonte: SINAN-Adulto/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe  
\*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

**Gráfico 10 - Distribuição dos casos de AIDS segundo ano de diagnóstico e raça/cor no Estado de Sergipe 2015-2017**



Elaboração própria. Fonte: SINAN-Adulto/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe  
\*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

Os dados apontam que houve mais registros de diagnósticos em pessoas vivendo com **HIV** em comparação à **AIDS**, 1240 e 992 casos respectivamente, o que evidencia que quando iniciado de forma precoce, o tratamento tem bons resultados e essas pessoas não chegam a desenvolver a AIDS. Conforme destacamos, qualquer pessoa pode adquirir a infecção pelo HIV independente da raça, contudo, identificou-se que a população negra representa um percentual maior que 80% em ambos os casos no estado de Sergipe.

De acordo com Correia, Cornélio e Amélia (2013, p. 17), “[...] no Brasil, os de cor branca ainda possuem um maior poder aquisitivo, acesso a melhores escolas e consequentemente maior acesso a informações.”, enquanto os negros (as) encontram-se em situações inversas, que, consequentemente, podem resultar na detecção tardia da doença. Nessa mesma direção, Campos *et al.* (2011, p. 20) assinalam que há uma contradição

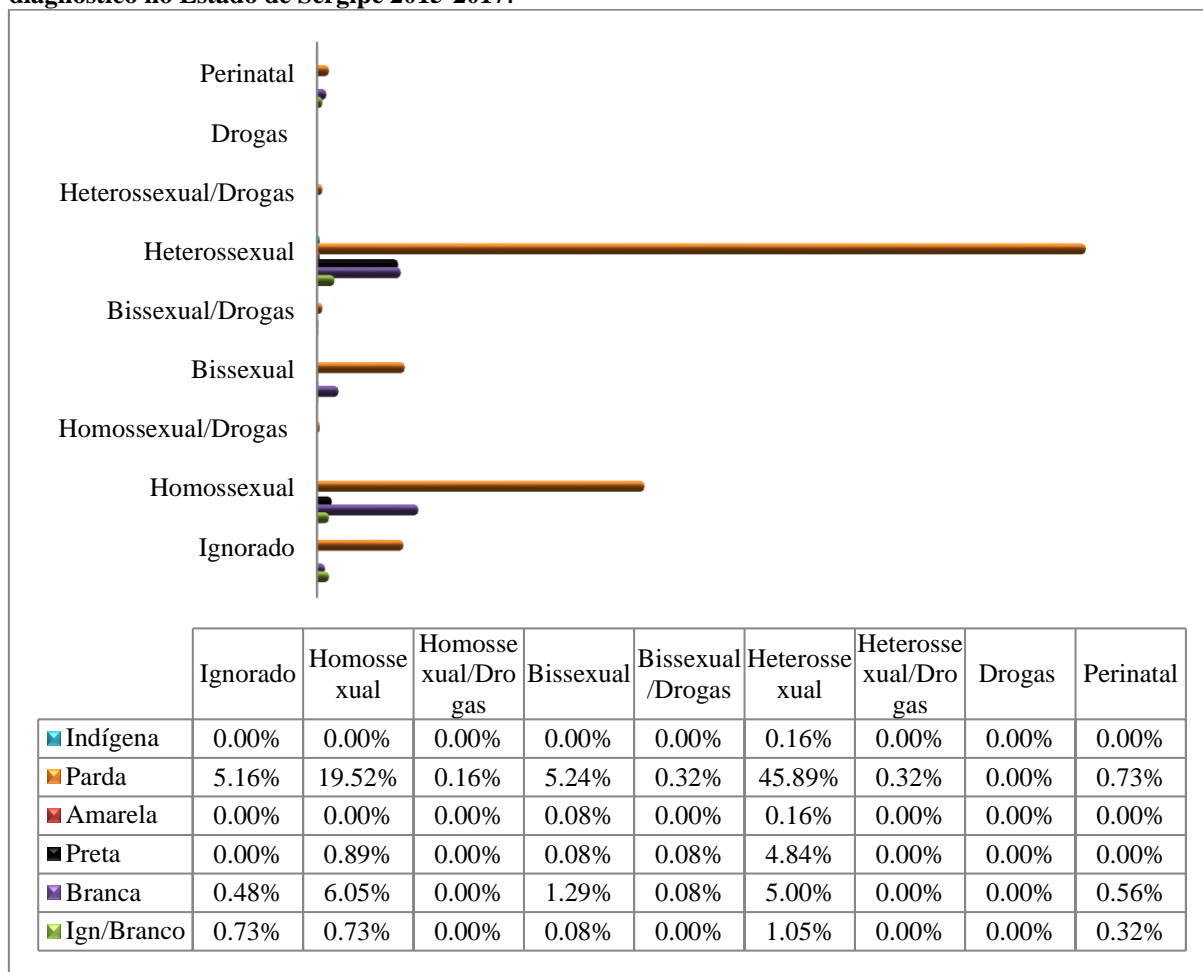
[...] no acesso ao tratamento quando se trata de população negra e branca: os brancos, ao apresentarem nível maior de escolaridade e renda, buscam meios de acessar o diagnóstico/tratamento de forma mais ágil, via consultórios particulares, buscando quebrar barreiras burocráticas que o setor público impõe pela hierarquização dos serviços, pelos níveis de complexidade. A questão não é a de que a hierarquização seja equivocada; é que ela burocratiza as ações de atenção e se torna barreira que acaba por discriminar o negro que busca os serviços, seguindo as normas e regras morosas e burocráticas que só são rompidas pelo agravamento do estado de saúde. Não é ao acaso que os negros tomam conhecimento do diagnóstico mais pelos serviços de emergência e internações.

Destaca-se que atualmente o Brasil oferece o tratamento antirretroviral de forma gratuita aos indivíduos que vivem com HIV e AIDS, isso se deve dentre outros fatores à instituição da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. De acordo com o Ministério da Saúde, em 2018, cerca de 585 mil pessoas com HIV e AIDS estavam em tratamento nas redes públicas de saúde (BRASIL, 2018c).

No que se refere às formas de transmissão, verificou-se que entre as pessoas com **HIV**, os maiores indicadores aparecem nas pessoas heterossexuais, aproximadamente 57%, sendo que destas 50,73% negras (45,89% pardas e 4,84% pretas) e 5% brancas. Ainda com relação às pessoas heterossexuais, também foi identificado um percentual de 0,32% de negros - autodeclarados pardos - que fazem o uso de drogas injetáveis. Seguido das pessoas homossexuais (cerca de 27%), sendo 6,05% brancos (as), 20,41% negros (as) - 19,52% pardos(as) e 0,89% preto (a). Acresce aqui 0,16% de pessoas negras homossexuais (autodeclaradas pardas), que utilizam drogas injetáveis.

Os menores índices ocorreram no perinatal (1,61%), 0,73% em pessoas negras (autodeclaradas pardas) e 0,56% branca. Em relação às pessoas usuárias de drogas injetáveis não houve nenhum registro. Salienta-se que 2,90% tem o quesito raça/cor ignorado, conforme gráfico 11.

**Gráfico 11 - Distribuição dos casos de HIV segundo formas de transmissão e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.**

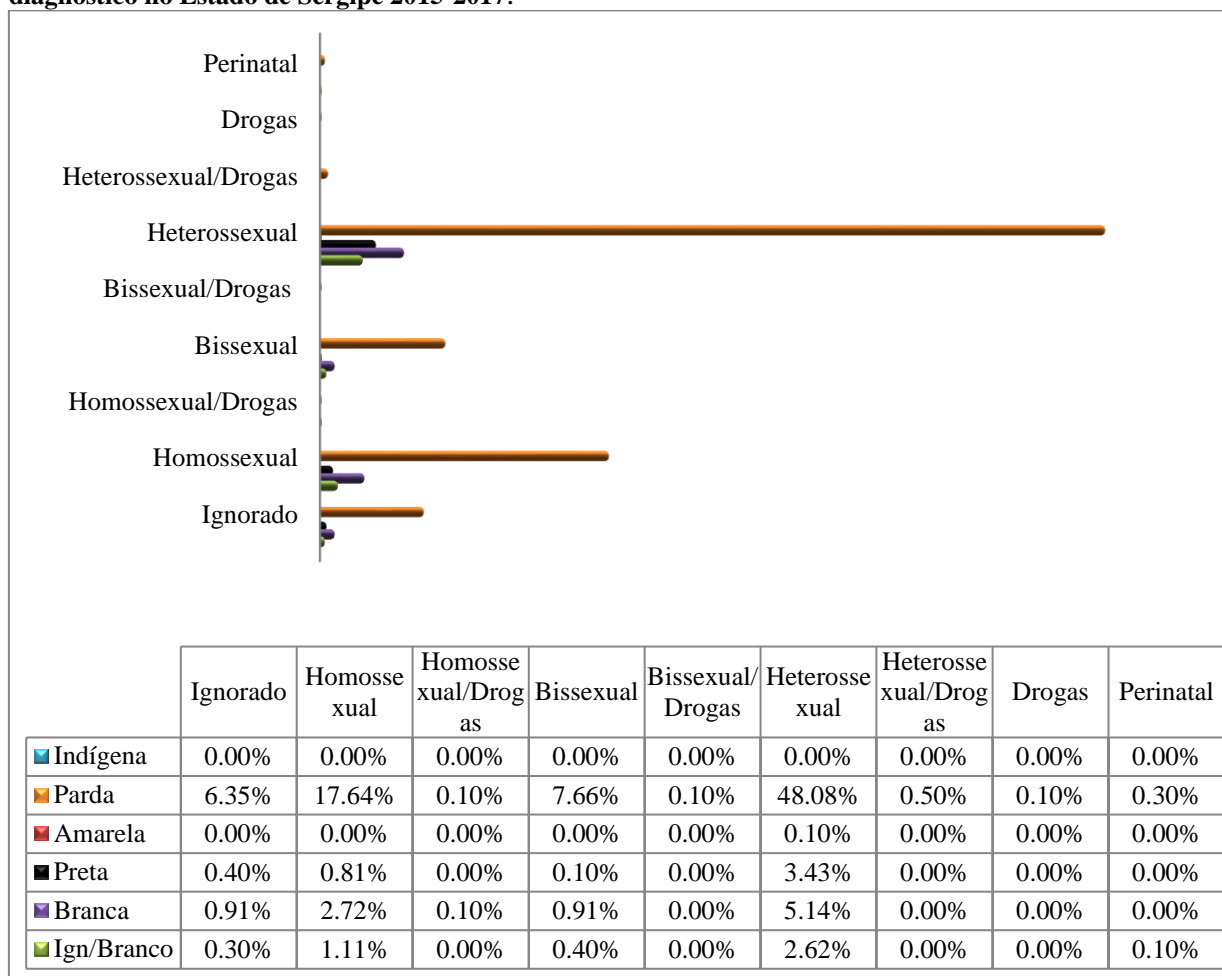


Elaboração própria. Fonte: SINAN-Adulto/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe  
 \*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

Já com relação às formas de transmissão das pessoas com **AIDS**, são proeminentes os dados referentes às pessoas heterossexuais (59,38%), destas 51,51% são negras (48,08% pardas e 3,43% pretas) e 5,14% são brancas. Destaca-se, também, que dentre as pessoas heterossexuais que utilizam drogas injetáveis foi identificado 0,50% em pessoas negras (autodeclaradas pardas). Aproximadamente 22% homossexuais - sendo 18,45% negros (as) -, 17,64% se declararam pardos (as), 0,81% preto (a) -, 2,72% brancos (as), somado a 0,20% homossexuais que fazem o uso de drogas injetáveis, sendo metade negros (autodeclaradas pardos) e metade brancos.

Os números mais baixos referem-se à transmissão perinatal (0,40%), destes 0,30% é negra (autodeclarada parda). No que tange às pessoas cuja forma de transmissão foi exclusivamente por drogas injetáveis, este corresponde a 0,10% em negro (a) - autodeclarado pardo (a) - e 4,54% tem o quesito raça/cor ignorado, como demonstra o gráfico 12.

**Gráfico 12 - Distribuição dos casos de AIDS segundo forma de transmissão e raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.**



Elaboração própria. Fonte: SINAN-Adulto/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe

\*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

Constata-se que a epidemia de HIV e AIDS assume na atualidade o fenômeno da heterossexualização em Sergipe, o que coaduna com a realidade nacional. Vale ressaltar que, conforme o Relatório Informativo realizado pela UNAIDS (2019), o risco de infecção por HIV é 22 vezes maior entre homens que fazem sexo com homens e indivíduos que usam drogas injetáveis, 21 vezes maiores em trabalhadoras do sexo e 12 vezes maiores em pessoas transexuais (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2019a).

Destaca-se, também, que este banco de dados difere do nacional quando analisadas as formas de transmissão, pois a SES estabelece correlação entre as orientações sexuais e outros indicadores, a exemplo do uso de drogas injetáveis, ao passo que o banco de dados nacional não o faz. Consideramos a forma de apreensão dos dados sergipanos positiva, pois permite a análise dos indivíduos de forma mais ampla, levando em conta suas especificidades.

De acordo com a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 2004, acerca do conhecimento, atitude e prática relacionada ao HIV e outras IST com a população entre 15 e 54 anos, ao estabelecer o recorte étnico-racial observou-se disparidades entre a população negra em relação à branca. No que diz respeito ao conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV, as pessoas autodeclaradas indígenas e pretas apresentam menor conhecimento acerca do tema, enquanto os brancos e amarelos são aqueles que têm maior acesso às informações acerca disso. (BRASIL, 2005).

No que diz respeito ao conhecimento das formas de transmissão do HIV, enquanto 8% da população negra não sabiam citar formas de transmissão do HIV a proporção comparável entre os brancos foi 40% menor. O mesmo ocorre em relação às formas de prevenção do HIV, onde a proporção da população negra é 30% menor do que a comparável entre os brancos. Além disso, em relação ao indicador de conhecimento correto, o resultado obtido pela população negra foi de 63,5% – quase 13% menor do que o obtido pelos brancos (73%). [...] Em termos de comportamento sexual, a população negra inicia sua vida sexual mais cedo. 27,4% iniciaram atividade sexual com menos de 15 anos (entre os brancos essa porcentagem cai para 21,5%), e chega a 30% da população negra com ensino fundamental incompleto. Além disso, a população negra tem um número maior de parceiros. 20,4% deles tiveram mais de 10 parceiros na vida, enquanto a proporção comparável entre os brancos é 17% menor – 4% tiveram mais de 5 parceiros eventuais no último ano, 9% maior do que entre os brancos. É interessante observar que, em relação ao uso de preservativos, não foram observadas grandes diferenças entre a população negra e a branca, e mais, o uso é maior entre a população negra, e permanece maior ao comparar aqueles com maior e menor escolaridade. Também não foram observadas diferenças na proporção de pessoas da população negra e branca que fizeram o teste para detecção do HIV alguma vez na vida. (BRASIL, 2005, p. 9).

Embora alguns indicadores apresentados acima sinalizem menos disparidades da população negra em relação à branca, sobretudo os últimos, estes devem servir como impulso para elaboração de ações que almejem diminuir essas desigualdades entre negros (as) e brancos (as). Em 2008, foi realizada uma pesquisa nessa mesma direção, ainda que sem o recorte étnico-racial, cujos dados revelaram que

[...] os homens possuem conhecimento maior sobre as formas de transmissão do HIV do que as mulheres. Quanto ao conhecimento correto das formas de transmissão, o percentual obtido pelos homens (59,9%) foi 10,3% maior do que aquele obtido pelas mulheres (54,3%). O conhecimento sobre o uso do preservativo para evitar a infecção pelo HIV foi ligeiramente maior entre os homens do que entre as mulheres. Observa-se também que é relativamente baixa a proporção daqueles que declararam concordar que ter parceiro fiel e não infectado reduz o risco de transmissão do HIV, sendo esta de 85,4% entre os homens e 75,8% entre as mulheres [...]. (BRASIL, 2008, p. 18).



Em 2013, houve a reinserção do olhar para as disparidades ocasionadas pela perspectiva étnico-racial, mas o quantitativo de informações analisadas fora inferior à primeira edição do estudo. Estes contribuem para visualizar os reais déficits apresentados pela população brasileira a respeito do seu entendimento sobre as formas de transmissão do HIV, o que dificulta o acompanhamento, monitoramento e controle desta patologia e demais IST. Deste modo, faz-se necessário o investimento em pesquisas com esse viés, haja visto que contribuem para decifrar a realidade que permeia o entendimento do HIV, assim como para reduzir as desigualdades existentes entre brancos e negros.

Atualmente, as formas de prevenção têm ganhado avanços no cenário mundial, especialmente no que tange às tecnologias na área da saúde. A respeito disso, Maksud, Fernandes e Filgueiras (2015, p. 106), pontuam que as respostas dadas ao HIV exigem, por vezes, que seus idealizadores elaborem estratégias imediatas e efetivas diante dessa realidade, assim, percebe-se que

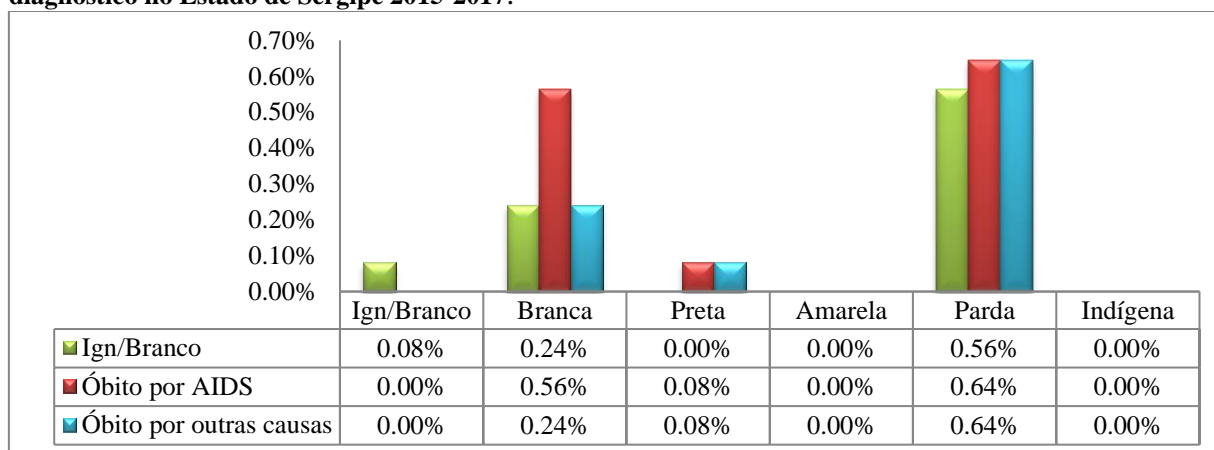
Hoje as possibilidades de prevenção incluem, além do uso de preservativo, outras estratégias para redução da transmissão do HIV. Entre estas, a OMS propõe: o oferecimento de aconselhamento para casais sorodiscordantes; tratamento como forma de prevenção (TCFP) para o parceiro positivo, estratégia que pode diminuir significativamente o risco de transmissão do HIV para o parceiro negativo; a utilização de antirretrovirais na profilaxia pós-exposição sexual (PEP) e pré-exposição sexual (PrEP) para as populações mais vulneráveis ao HIV de homens que fazem sexo com homens (HSH), mulheres transexuais, travestis, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis.

Assim sendo, as estratégias de prevenção devem acontecer de forma combinada, sem perder de vista que a camisinha ainda continua sendo a forma mais eficaz para prevenir o HIV. Estudos recentes acerca da eficiência no tratamento do HIV têm contribuído na redução da incidência, contudo, os desafios presenciados apontam que sua oferta perpassa os profissionais de saúde e usuários, sobretudo, no que se refere às dimensões individuais e serviços de saúde em sua estrutura organizacional.

Quanto aos óbitos (1,29%), em se tratando das pessoas com **HIV**, a maioria atinge a população negra, totalizando 0,72% (0,64% pardos e 0,08% pretos). Verificou-se, também, 0,56% de óbitos em pessoas brancas. Com relação à **AIDS** (16,35%), estes também ocorreram majoritariamente entre os negros (as): 13,97% - 12,88% pardos (as) e 1,09% pretos (as) -, seguidos de 2,08% brancos (as). Por fim, cabe salientar que há, ainda, as ocorrências em que o recorte étnico-racial foi ignorado, que somaram 2,89% nos óbitos por HIV e 4,46% para AIDS, conforme apontam as figuras 13 e 14. Cabe informar que, da mesma forma que na

análise da faixa etária, foram utilizados os dados do SINAN Criança, para melhor apreensão do item.

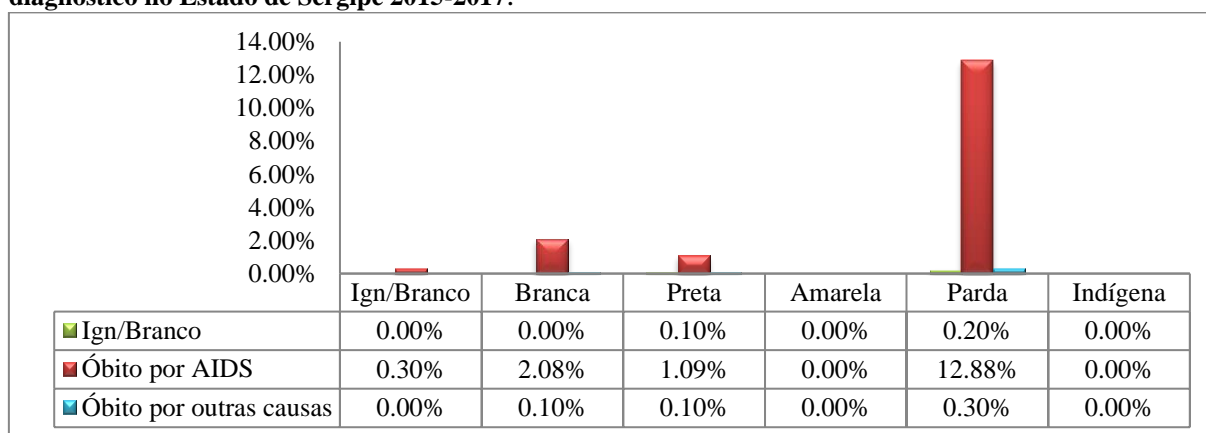
**Gráfico 13 - Distribuição dos casos de óbitos em pessoas com HIV segundo raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.**



Elaboração própria. Fonte: SINAN-Adulto/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe

\*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

**Gráfico 14 - Distribuição dos casos de óbitos em pessoas com AIDS segundo raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.**



Elaboração própria. Fonte: SINAN-Adulto/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe

\*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

Conforme Santos (2016, p. 611), verifica-se que

As mulheres pretas apresentam maior proporção de óbitos entre as analfabetas e nas faixas de 1 a 4 anos; de 4 a 7 e de 8 a 11 anos de escolaridade, sendo maior a proporção de brancas apenas na faixa de escolaridade de 12 anos e mais. As mulheres pardas apresentaram maior proporção de casos em todas as faixas de 1 a 11 anos de estudo, se comparadas com as mulheres brancas (São Paulo, 2012). O estudo de Santos, Guimarães e Araújo (2007), que discutiu o perfil da mortalidade na cidade de Recife, descreve que, no tocante à mortalidade por todas as causas em mulheres, a proporção de óbito das mulheres negras foi maior que das

mulheres brancas em todas as faixas etárias, exceto na faixa de 50 a 59 anos, observando uma maior concentração de óbito nas negras em idade precoce, sendo que, na faixa etária de 20 a 29 anos, as causas maternas, externas e por aids ocuparam posição de destaque.

Assim, para além de os óbitos atingirem mais acentuadamente a população negra, a referida autora ilustra o entrelaçamento entre a questão étnico-racial e de gênero, que de forma conjunta afetam a vida de mulheres negras, submetendo-as a um maior quantitativo de óbitos por AIDS, o que auxilia na ilustração do racismo institucional, que violenta corpos negros e femininos cotidianamente, por vezes chegando à casos extremos, de óbitos.

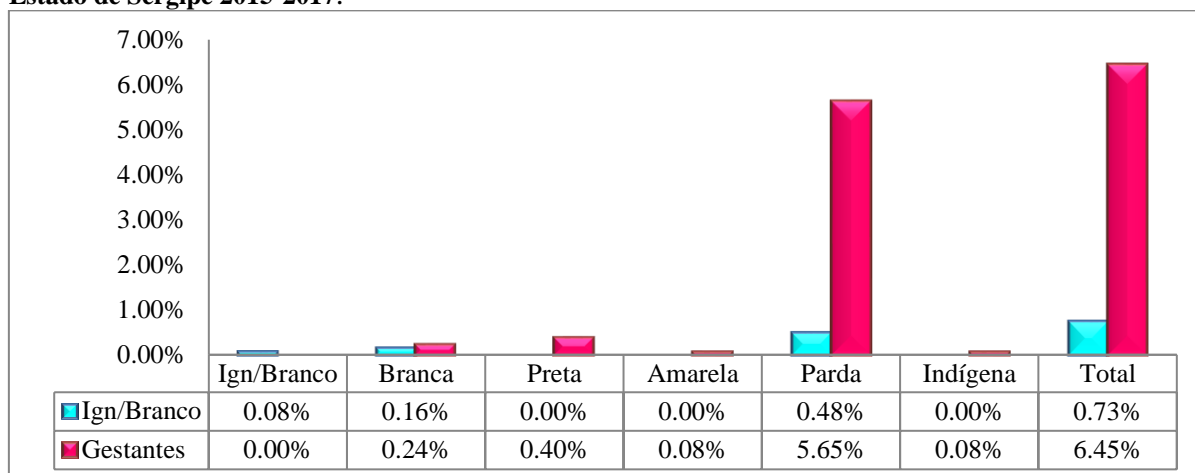
Nessa mesma perspectiva, dados do IPEA de 2015, ratificam que além das mulheres negras serem expoentes nos índices de violência e óbito, homens jovens negros são as grandes vítimas de violência, pois possuem 2,5 vezes mais chances de serem assassinados do que jovens brancos. Salienta-se que esse cenário é visualizado em todo o país, com exceção do Paraná, único estado do Brasil em que as chances de um jovem branco ser assassinado são maiores do que um jovem negro (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2017).

De acordo com a reportagem disponibilizada pelo Ministério da Saúde, no dia 31 de dezembro de 2018, o Brasil registrou uma queda de 16% no número de óbitos, conforme demonstrou Boletim Epidemiológico de 2018. Esse cenário se justifica pela ampliação do acesso à testagem e redução do tempo entre o diagnóstico da AIDS, aumento no número de pessoas testadas, melhoria no tratamento e garantia deste, de forma gratuita pelo SUS. A título de exemplo, a matéria destaca que, em 2017, 75% das pessoas com HIV estavam em tratamento e 92% alcançaram carga indetectável ou intransmissível. Faz-se necessário atentarmos para como estão acontecendo as formas de prevenção e tratamento, fatores essenciais para o aumento da expectativa de vida dessa população (BRASIL, 2018b).

### **3.3 - GESTANTES NEGRAS COM HIV E AIDS EM SERGIPE**

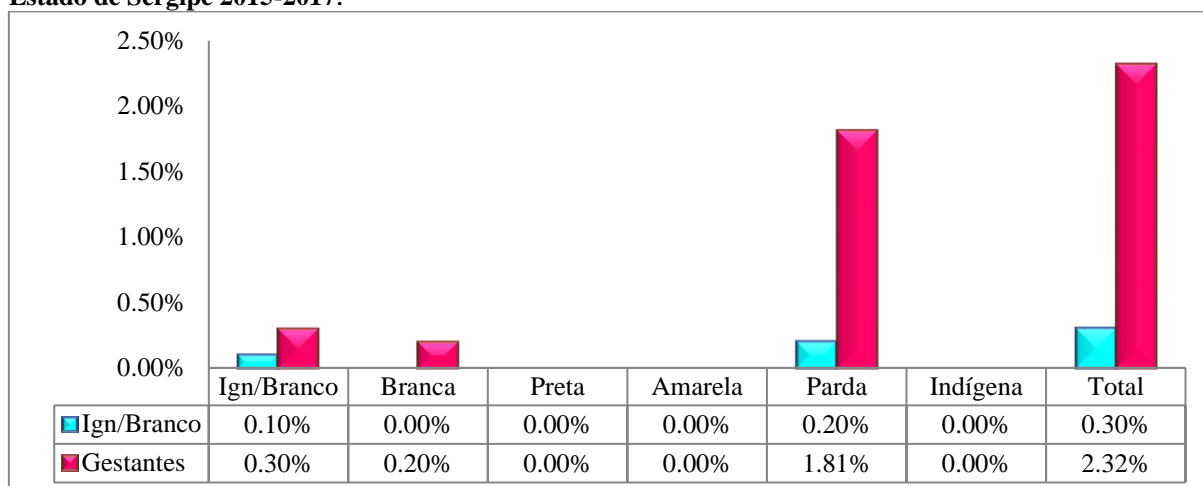
De acordo com os resultados da pesquisa, dentre as mulheres grávidas com **HIV**, 6,45%, destas, aproximadamente 6,05% são negras (5,65% pardas e 0,40% preta), 0,24% branca, somado a 0,08% com o quesito étnico-racial não utilizado. Nesse mesmo período, com relação às mulheres grávidas com **AIDS**, 1,81% são negras (autodeclaradas pardas) e 0,20% branca. Ademais, 0,40% não preencheu o quesito correspondente à raça/cor, conforme representado nos gráficos 15 e 16.

**Gráfico 15 - Distribuição dos casos de HIV em gestantes segundo raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.**



Elaboração própria. Fonte: SINAN-Adulto/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe  
 \*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

**Gráfico 16 - Distribuição dos casos de AIDS em gestantes segundo raça/cor por ano de diagnóstico no Estado de Sergipe 2015-2017.**



Elaboração própria. Fonte: SINAN-Adulto/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe  
 \*dados sujeitos à alteração, tabulados em 21/05/2019.

Os dados evidenciam situação similar à apontada a seguir, uma vez que

[...] 73% das gestantes brancas realizam sete ou mais consultas de pré-natal. Essa proporção cai para 46% quando as gestantes são negras. As restrições de acesso aos serviços e a baixa qualidade da atenção são fatores que incrementam a vulnerabilidade de mulheres negras à morte por causas relacionadas à gravidez; o risco de morte para essas mulheres pode ser 80% maior do que para as brancas. A desigualdade na saúde também atinge crianças negras, as quais têm 25% mais probabilidade de morrer antes de completar um ano de idade do que as crianças brancas (ONU, 2011, apud MADEIRA; GOMES, 2018, p. 473).

Depreende-se daí a situação de iniquidade entre as gestantes brancas e negras, com estas últimas possuindo maior dificuldade de acesso a direitos básicos, a exemplo de consultas de pré-natal. Nunes *et al.* (2017) mostram que através do índice de cobertura dos serviços, segundo raça/cor, observou-se que as mulheres negras tiveram uma cobertura menor, o correspondente a 93,78%, enquanto as brancas 98,57%. A maior mortalidade no parto das mulheres negras e maior chance do óbito de suas crianças, também são indicadores que demonstram a urgência em voltar o olhar para essas disparidades, com vistas a garantir os direitos desse segmento populacional.

Para tal é imprescindível que os trabalhadores da área da saúde responsáveis pelo atendimento das gestantes, sejam sensíveis aos sintomas apresentados por elas e conduzam o trabalho no sentido da prevenção, contribuindo, assim, na redução do quantitativo de óbitos materno e perinatal. Cabe pontuar que dentre os elementos que contribuem para o aumento da morbimortalidade é a vulnerabilidade socioeconômica das mães e, conseqüentemente, dos seus filhos. Desse modo, é imperativo apreender as condições objetivas dessas mulheres que estão gestando, com vistas a perceber o contexto no qual estão inseridas, considerando aspectos econômico, social, cultural, ou seja, a totalidade da vida social.

De acordo com Iamamoto (1995), para que as respostas e ações profissionais apresentem um viés totalizador na apreensão das reais necessidades dos indivíduos e no trabalho interdisciplinar, faz-se necessário que ao invés de fragmentá-las sejam ressaltadas as especificidades, articulando-as com as múltiplas dimensões da realidade, o que pressupõe

*uma problematização teórica e histórica do contexto conjuntural e sócio-institucional [...] de modo a privilegiar uma questão-eixo, cujo encaminhamento teórico-prático seja capaz de delimitar abstratamente a problemática do objeto de intervenção, cujo deciframento progressivo ilumina a descoberta de estratégias políticas, alianças e táticas em ações possíveis no âmbito do espaço profissional.* (IAMAMOTO, 1995, p. 202, grifos da autora).

Por fim, no que tange ao aborto, prática criminalizada no país e que geralmente ocorre de forma clandestina entre os grupos mais marginalizados, a exemplo das mulheres negras, continua sendo um dos fatores de morbidade. Desta maneira, aspectos como a questão étnico racial, idade e situação socioeconômica trazem rebatimentos na distribuição desigual dos índices de aborto, ocasionados, dentre outros fatores, pelo escasso acesso à contracepção. Especialmente no caso das mulheres negras, o índice triplica: estas apresentam uma

probabilidade três vezes maior de realizar um aborto do que mulheres brancas (VICTORIA *et al.*, 2011).

Há, ainda, outros índices que indicam maior vulnerabilidade desta população, como o maior percentual de mortalidade na infância entre crianças negras, assim “[...] as mães negras residentes em áreas rurais experimentavam, para cada mil nascidos vivos, 67 mortes a mais de filhos menores de um ano que as mulheres brancas”. (CUNHA, 2001. p.50, apud SOUZAS; MARINHO; MELO, 2012, p. 301-302).

Diante disso e de toda a argumentação até aqui realizada, é possível afirmar que a situação de iniquidade na saúde entre as populações negra e branca, sob a perspectiva da questão étnico-racial, demonstra diferenças perceptíveis entre as condições de vida destas pessoas, o que reverbera nas suas condições de saúde. Desse modo, os indicadores analisados neste capítulo (casos por ano de diagnóstico, sexo, idade, escolaridade, zona de residência, formas de transmissão, gestantes e óbitos) ratificam tal assertiva.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, a epidemia do HIV e AIDS foi marcada, desde a identificação dos primeiros casos, por preconceitos, estigmas e desconhecimento, o que ocasionou, no ideário social, a associação à morte. Com o passar dos anos, este cenário começa a ensaiar mudanças advindas, sobretudo, da luta dos movimentos sociais ligados à causa, dentre eles o LBTQI+. A partir disso, observa-se que paulatinamente as respostas dadas começam a avançar no cenário mundial e no Brasil, resguardadas suas especificidades, o que culminou num processo de “aceitação e respeito”, ainda que por vezes seja observado o silenciamento desta temática sob a justificativa estapafúrdia de que estes avanços levaram à superação ou controle da epidemia, numa estratégia de invisibilização.

A AIDS não deve ser analisada como uma mera patologia, que envolve apenas questões biológicas, mas sim numa perspectiva ampliada que englobe aspectos psicológicos, questões socioeconômicas, políticas e culturais, que ocasionam dificuldades enfrentadas pelas pessoas HIV positivas em seu cotidiano, dentre elas a discriminação, estigma, conflitos no convívio familiar, a questão da aceitação e os cortes na área da saúde. Na atualidade, muito embora tenham ocorrido avanços na ciência no que tange ao tratamento e à prevenção, o HIV continua a ser atravessado por um estigma que dificulta o conhecimento acerca do diagnóstico. Com isso, evidencia-se a necessidade de ações educativas para o enfrentamento e diminuição dos casos de HIV e AIDS, posto que as informações sobre as IST, assim como as diversas formas de prevenção, quando apreendidas pela população favorecem a ampliação do acesso aos métodos necessários para que vivenciem experiências sexuais de forma segura.

Em âmbito nacional, vivencia-se um momento em que se fazem presentes discursos discriminatórios, de intolerância e criminalização da diversidade, numa política que favorece as desigualdades sociais, através de discursos morais, ocasionando o desmonte das políticas sociais, reflexo do contexto mundial, num governo de extrema direita, com ideal neofascista, aliado aos países que seguem a mesma tendência mundialmente. Destaca-se que o regime democrático, na atualidade, não deixou de existir, mas algumas ações têm ceifado a liberdade democrática.

Nessa direção, estabelecendo os nexos com a conjuntura atual brasileira, vivencia-se um contexto de retrocessos inimagináveis nos direitos sociais e políticas públicas, que no caso da população negra HIV positiva e que vive com AIDS tendem a se acentuar diante dos desmontes feitos até então. A título de exemplo, em 17 de maio de 2019, o Ministério da Saúde publicou o decreto nº 9. 795/2019 que prevê a alteração do nome do Departamento de

Doenças de IST AIDS e Hepatites Virais para Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, cuja medida traz como pano de fundo a negação e silenciamento, bem como a desmobilização por parte da gestão pública em fornecer respostas eficazes a uma das doenças que ainda mata mais de 12 mil pessoas por ano no Brasil, num ato de negligência, desprezo e banalização a esta epidemia. Este fator pode contribuir para que o país deixe de ser uma das referências, em âmbito internacional, no controle da AIDS.

Tal cenário não se diferencia quando se trata da população negra, que historicamente sofreu e sofre com o racismo estrutural e sistêmico. Esta também tem enfrentado um cenário de retrocessos, numa conjuntura em que o atual presidente eleito profere falas de cunho racista, coadunando com as perspectivas atuais de desmonte de direitos para as minorias sociais, entre estas os negros. Nessa direção, percebe-se o avanço do neoconservadorismo com teor fascista enquanto um dos propulsores do horizonte posto a estes grupos populacionais, num contexto de luta que clama pela participação popular, com a finalidade de romper com o *modus operandis* dessa sociedade, excludente e desigual.

Nessa linha de argumentação, não se pode perder de vista os frequentes cortes nos orçamentos públicos em relação à operacionalização das políticas públicas, o que reforça a necessidade da sociedade civil se organizar de forma coletiva com os diversos segmentos da classe trabalhadora na perspectiva de lutar pela manutenção dos direitos sociais conquistados, atentando-se às desigualdades raciais presentes nas condições de vida dos indivíduos e seus rebatimentos nas condições de saúde. Muito embora se reconheçam os inúmeros avanços ocorridos na política da saúde, há de se pontuar que os princípios da equidade, integralidade e universalidade estão ameaçados diante da aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que prevê o congelamento dos gastos destinados à Seguridade Social, o que tem trazido rebatimentos para os mais pobres, entre eles os negros, uma vez que no Brasil a pobreza tem cor. Outrossim, no que diz respeito à população negra, essa situação se intensifica diante da histórica desigualdade vivenciada desde os primórdios da formação sócio-histórica brasileira.

Estudar a questão do HIV e AIDS na população negra foi fundamental para compreender como esse segmento da população teve, ao longo dos anos, seus direitos aviltados, em um contexto que o preconceito, o estigma e a discriminação, são componentes da vida social. Entretanto, a realização desse estudo foi permeada por alguns entraves. A começar pela escassa produção no meio acadêmico, o que se constituiu em um desafio, mas, ao mesmo tempo, na possibilidade de contribuir com informações que possam somar ao conhecimento já existente. Outro desafio encontrado foi com relação à coleta de dados, posto



que a plataforma escolhida inicialmente - DATASUS -, não faz a correlação com todos os indicadores sob o prisma da questão étnico-racial, necessitando recorrer à Secretaria de Estado da Saúde para atingir o objetivo pretendido. Esse dado reforça ainda mais a forma como os indicadores de raça/cor são tratados em alguns bancos de dados, refletindo o que fora discutido com relação à omissão do quesito raça/cor em cadastros de atendimento na rede de saúde.

Ainda que diante de alguns desafios, o estudo realizado foi fundamental para desvelar informações importantes sobre o HIV e AIDS na população negra de Sergipe e cujos dados reforçam toda discussão teórica adotada para compreender essa temática. Através do estudo foram identificados elementos que possibilitaram realizar uma caracterização da população negra com HIV e AIDS no estado de Sergipe, cujos resultados revelaram a ocorrência de 1240 casos de HIV, sendo que, destes, 83,23% são pessoas negras (pardas e pretas), com predominância nos seguintes indicadores: 53,15% são homens e 30,08% mulheres; faixa etária entre 20 a 34 anos (43,89%); ensino médio completo (18,87%); residentes na zona urbana (69,92%); heterossexuais (51,05%, destes, 0,32 faz uso de drogas injetáveis); 6,05% são gestantes e o percentual de óbitos foi 0,72%.

Com relação à AIDS, em um total de 992 casos, 85,59% são negros (pardos e pretos), cuja proeminência se deu da seguinte forma: 58,77% são do sexo masculino, 26,81% do sexo feminino; faixa etária entre 20 e 34 anos (34,63%); cursam entre a 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompleto (17,54%); heterossexuais (52,01%, destes 0,50% faz uso de drogas injetáveis); moradores da área urbana (73,79%); 1,81% estão na fase gestacional e o percentual de óbitos foi de 13,97%. Ressalta-se que, ao longo desse estudo, verificou-se uma melhor adesão ao preenchimento do quesito raça/cor, com consequente redução das situações nas quais esse quesito não fora preenchido, além de diminutos percentuais equivalentes às populações indígena e amarela.

Outro ponto que merece destaque é a autodeclaração por parte dos indivíduos e/ou pelos profissionais, posto que ainda permanece vivo o ideário social da associação pejorativa e depreciativa em relação ao “ser negro”, que remete aos resquícios da escravidão, o que pode levar indivíduos negros a não se declararem enquanto tal. Acerca disso, Moura (1988) pontua que o indivíduo ou grupo é mais valorizado socialmente quando se aproxima do branco, ao passo que é desvalorizado na medida em que se aproxima do “ser negro”. Pode-se inferir que os altos índices de pessoas pardas nos indicadores expostos na pesquisa, quando comparados ao número de pretos, pode advir dessa relação, uma vez que em uma sociedade na qual o racismo estrutural é basilar na constituição das relações sociais, ser negro não é algo positivo,

o que pode levar muitos indivíduos (as) a encontrarem no pardo um meio-termo para se constituírem enquanto sujeitos de direitos, ainda que, nas condições objetivas, isso não se verifique, conforme apontam os dados.

Diante da atual conjuntura vivenciada no país é preciso pensar coletivamente sobre a condição da população negra, principalmente diante do momento que estamos vivenciando que tem caminhado no sentido da retirada de direitos e da ameaça de não se considerar avanços importantes, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, fruto da luta desse segmento populacional. Ademais, observam-se mudanças em nomenclaturas tanto no que se refere à questão das IST, quanto em relação à Secretaria Nacional de Igualdade Racial, o que denota que, cada vez mais, é preciso a mobilização social para continuar garantindo conquistas importantes. Como diz Iamamoto (2009, p. 176), é preciso continuar com a rebeldia diante da situação desigual vivenciada pela população negra, uma vez que “[...] desigualdade é, também, rebeldia, pois os sujeitos sociais, ao vivenciarem as desigualdades, a elas também resistem e expressam seu inconformismo”.

Ademais, espera-se que esse estudo desperte o interesse para outras pesquisas que tratem do tema, com novas reflexões e objetos de análise, de forma que se amplie o debate sobre a saúde da população negra, inserida em um contexto que historicamente a compreendeu à parte do usufruto de bens e serviços sociais.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S.; MOÇO, E. T. M.; BATISTA; C. S. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 19, Supl. 2, p. 63-74, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902010000600007&script=sci-abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 jul.2019.

ALMEIDA, M. V, B. de.; SOUSA, M. F. de. Análise da política nacional de saúde integral da população negra, 2006-2011. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 5, n. 4, p. 193 - 206, 2011. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1066/974>. Acesso em: 10 set. 2018.

ALMEIDA, S. D. Serviço Social e Relações Raciais: caminhos para uma sociedade sem classes. **Temporalis**, Brasília, DF, v. 15, n.29, p. 311-333, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/7182>. Acesso em: 07 jun. 2018.

ARAÚJO, N. M. S. **Hegemonia burguesa no Brasil contemporâneo: o governo Lula-PT como seu instrumento ideológico**. 2008. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp079283.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2019.

BATISTA; L.E.; BARROS; S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, Supl. 1, p. 1-5, maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00090516.pdf>. Acesso em: 27 de abr. 2019.

BATISTA; L.E; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, out/dez 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a16v37n99.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL, S. A.; TRAD, L. A. B. O Movimento Negro da construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação. In: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (org.). **Saúde da população negra**. Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2. ed., 2012, p. 62-91. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude-populacao-negra.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política Nacional de DST/AIDS: princípios, diretrizes e estratégias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1. ed., Coordenação Nacional de DST e Aids, 1999. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03-17.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2013>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_conhecimentos\\_atitudes\\_praticas\\_populacao\\_brasileira.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf). Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2019. Disponível: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - HIV e AIDS**. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa estratégico de ações afirmativas: população negra e AIDS** Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1. ed., 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/populacao\\_negra\\_e\\_aids.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/populacao_negra_e_aids.pdf). Acesso em: 24 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 3 ed., 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica-nacional-saude-populacao-negra-3d.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.678, de 13 de agosto de 2004**. Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1678-13-08-2004.html>. Acesso em: 07 maio 2019.

BRASIL. **AfroAtitude**: programa integrado de ações afirmativas para negros. Programa Nacional de DST/AIDS, Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria Especial dos Direitos Humanos/Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil-afroatitude.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.

BRASIL. **Sergipe está entre os estados com redução de óbitos por AIDS**. Ministério da Saúde. Brasil, 27 nov. 2018c. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44795-sergipe-esta-entre-os-estados-com-reducao-de-obitos-por-aids>. Acesso em: 24 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Queda de mortes por aids, uma das conquistas de 2018**. Brasil: Ministério da Saúde- Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 31 de dezembro de 2018b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/queda-de-mortes-por-aids-uma-das-conquistas-de-2018>. Acesso em: 19 ago. 2019.

BRAVO; SANTOS, J.S. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. *In*: RAMOS; A. SILVA; L.B. PAULA; L. G. P (org.). **Serviço social e política de saúde: ensaios sobre trabalho e formação**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. p. 19-47.

CAMPOS, A. do C. M. *et al.* Acessibilidade e etnia de população usuária com HIV/Aids atendida no Hospital de Clínicas da Unicamp. *In*: CAMPOS, A. do C. M.; ALMEIDA; C. R. de, HIDEO AOKI, F. (org.). **Saúde da população negra Hiv/Aids: pesquisas e práticas**. Campinas, SP: Arte escrita. 1. ed., 2011. p. 27-42. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cs/usu-doc/saude-da-populacao-negra-aids-campinas.pdf>. Acesso em 28 jul. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Assistente social no combate ao preconceito**. Brasília: CFESS, 2016. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno03-Racismo-Site.pdf>. Acesso em 07 jun. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **A atuação dos assistentes sociais na política urbana: subsídios para reflexão**. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-SubsidiosPoliticaUrbana-Site.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2018.

CLEMENTINO. M. O. **Serviço social e HIV/Aids: Uma análise da prática profissional no serviço de assistência especializada e HIV/Aids e Hepatites Virais (SAE) do município de Campina Grande-PB**, 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Campina Grande, PB, 2014. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/5294>. Acesso em: 01 maio 2018.

CLEMENTINO. M.; SOUZA, M. A. S. L. de. HIV/AIDS como expressão da “questão social”: demandas de intervenção para os/as assistentes sociais. *In*: 2º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2017. Campina Grande, PB. **Anais [...]**. Campina Grande, PB, 2017. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO-EV071-MD1-SA7-ID2168-15052017191854.pdf>. Acesso em: 07 maio 2018.

CORREIA, P. F.; CORNÉLIO, R. P.; ALMEIDA, J.S. S. Saúde do Homem: Caracterização dos Portadores de HIV-AIDS em Sergipe. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracaju, v.1, n.3, p. 13-26, out. 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/850>. Acesso em: 22 jun. 2019.

COSTA, A. M. Promoção da equidade em saúde para a população negra. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 100- 106, 2011.

FAUSTINO, D. M. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência e Saúde Coletiva**, Brasileira, DF, v. 22, n. 12, p. 3831-3840,

2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-3831.pdf>. Acesso em: 02 maio 2019.

FERNANDES, F. **Significado do protesto negro**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1989.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. São Paulo: Globo, 5 ed., 2006.

FRANCISCO, M. T. R. *et al.* AIDS na População Masculina e o Comportamento de Risco. In: 48º CONGRESSO DO HUE “SAÚDE DO HOMEM”, 2010. Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. **Anais [...]**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe-artigo.asp?id=257>. Acesso em: 21 jul.2019.

FRY, P. H. *et al.* AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 497-507, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/02.pdf>. Acesso em: 08 set. 2018.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 4.ed., 2002.

GOMES; I. C. R. *et al.* Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. **Revista Baiana de Enfermagem**. Bahia, v. 31, n. 2, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21500/14607>. Acesso em 04 maio 2019.

IANNI, O. A dialética das relações raciais. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 18, n. 50, p. 21-30, jan./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v18n50/a03v1850.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

IANNI; O. **Raças e classes sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1966.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Brasil). **Retrato das desigualdades de gênero e raça** - 1995 a 2015. Brasília, DF: IPEA, p. 1-5, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306-retrato-das-desigualdades-de-genero-raca.pdf>. Acesso em: 18 ago., 2019.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A. E. *et al* (org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2009. p. 161-196.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMOMOTO, M.V. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. 3º ed. São Paulo: Cortez, 1995.

LAGES, S. R.C. *et al.* Desafios para o enfrentamento ao Hiv/Aids entre os homossexuais negros. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 17, n. 27, 2014. Disponível em: <http://revista.pgsskroton.com.br/index.php/renc/article/view/2996/2811>. Acesso em: 20 jul.2019.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R.C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Pública**, Brasília: DF, v. 41, supl. 2, p. 39-46, dez. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000900008>. Acesso em: 25 jul. 2019.

MADEIRA, Z.; GOMES, D. D. O. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 133, p. 463-479, set./dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.154>. Acesso em 30 jul.2019.

MAKSUD, I.; FERNANDES, N.M; FILGUEIRAS, S.L Tecnologias de prevenção HIV e desafios para os serviços de saúde. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 18, supl.1, p. 104-109, set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050008>. Acesso em: 14 ago. 2019.

MARTINS, T.C.S. Racismo, questão social e serviço social: elementos para pensar a violação de direitos no Brasil. **Revista Inscrita**, Brasília, DF, p. 11-17, dez. 2013. Disponível em: <https://issuu.com/cfess/docs/inscrida14-cfess-site>. Acesso em: 07 jun. 2018.

MARTINS, T.C. S. Questão étnico-racial: seus nexos com o núcleo de fundamentos da formação sócio- histórica da sociedade brasileira. In: GONÇALVES, M. C.V. *et al.* (org.). **Temas contemporâneos no serviço social: um convite à reflexão**. São Cristóvão: Editora UFS, 2016. p. 21-48.

MARTINS, T.C. S. **Racismo no mercado de trabalho: limites à participação dos trabalhadores negros na constituição da “questão social” no Brasil**. 2012. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Pernambuco, Recife: O Autor, Pernambuco, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/10708>. Acesso em: 07 ago. 2019.

MARTINS, R. B. **Desigualdades raciais e políticas de inclusão racial: um sumário da experiência brasileira recente**. Santiago de Chile: CEPAL - SERIE Políticas sociales, n° 82, 2004. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6072/1/S2004077-pt.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2019

MENDONÇA; E. S. **Cotas raciais: uma análise a partir da visão dos discentes de graduação da Universidade Federal de Sergipe**. 2018. Trabalho e Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2018.

MENEZES; F.C.de. Repensando a funcionalidade do racismo para o capitalismo no Brasil contemporâneo. **Libertas: Revista Faculdade de Serviço Social/ UFJF**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 9 - 72, jan./jun. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18255>. Acesso em: 18 jan. 2019.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 28. ed., 2009.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 12. ed., 2010.

MOURA, C. **História do negro brasileiro**. São Paulo: Ática, 2 ed., 1992.

MOURA, C. **Sociologia do negro brasileiro**. São Paulo: Ática, 1988.

MOURA, C. O racismo como arma ideológica de dominação. **Revista Princípios**. São Paulo, n. 34, 1994. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/moura/1994/10/racismo.htm>. Acesso em: 08 jan. 2019.

NUNES, A. D. S. *et al.* Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158>. Acesso em: 16 ago. 2019.

PRADO JR.; C. **Formação do Brasil contemporâneo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1 ed., 2011.

PROCOPIO, A. P. Racismo estrutural, crise do capital e ofensiva conservadora: desafios à luta antirracista. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DA FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2017. Minas Gerais. **Anais [...]**. Minas Gerais, v.2, n.1, 2017. p. 245-257.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (BRASIL). **RELATÓRIO INFORMATIVO - ATUALIZAÇÃO GLOBAL DA AIDS 2019**. Brasília, DF: UNAIDS, p.1-6; julho 2019a. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 20 jul.2019.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (BRASIL). **UNAIDS apoia Festival Bixanagô, sobre empoderamento estética negra**, Brasília, DF: UNAIDS, 25 de março 2019b. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 18 jul.2019.

RAMOS; A; FORTI; V. Contribuições à discussão do trabalho do assistente social na área da saúde: projeto profissional crítico e algumas demandas recorrentes. In: RAMOS; A. SILVA; L.B. PAULA; L. G. P (org.). **Serviço social e política de saúde: ensaios sobre trabalho e formação**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. p. 83-106.

SANTOS, N. J. S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n.3, p. 602-618, jul./set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162627>. Acesso em: 28 jul.2019.

SILVEIRA; D. T.; CÓRDOVA; F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDT; T. E.; Silveira; D. T. (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 31-42. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em 27 fev. 2019.



SOARES FILHO, A. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde no Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. *In*: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (org.). **Saúde da população negra**. Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2. ed., 2012. p. 34-61. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude-populacao-negra.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2018.

SOUZAS, R.; MARINHO, O. F. P.; MELO, K. L. O. Acesso à saúde, promoção e prevenção ao hiv/aids e o recorte étnico-racial: revisão bibliográfica (1995-2009). *In*: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (org.). **Saúde da população negra**. Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2 ed., 2012, p. 288-312. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude-populacao-negra.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2018.

TEIXEIRA; M.J.O. Determinantes sociais da saúde: o Serviço Social no debate contemporâneo. *In*: RAMOS; A. SILVA; L.B. PAULA; L. G. P (org.). **Serviço social e política de saúde: ensaios sobre trabalho e formação**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. p. 47- 66.

VICTORA, C. *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet: Saúde no Brasil**, Londres, p. 32-36, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2019.

## **ANEXOS**

## Anexo 1- Ficha de Notificação/ Investigação AIDS (Pacientes menores que 13 anos).

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO AIDS (pacientes menores que 13 anos)				
Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	AIDS (pacientes menores que 13 anos)		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) B 24	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
Antec. Epid. da Mãe	31 Idade da mãe Anos	32 Escolaridade da mãe 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF 2-4ª série completa do EF 3-5ª a 8ª série incompleta do EF 4-Ensino fundamental completo 5-Ensino médio incompleto 6-Ensino médio completo 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado	33 Raça/cor da mãe 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	
	34 Ocupação da mãe	35 Tipo de investigação 2 - Aids em menores de 13 anos		
Ant. epid. de casos de aids em menores de 13 anos	INVESTIGAÇÃO DE AIDS EM MENORES DE 13 ANOS			
	Provável modo de transmissão		38 Transmissão sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	36 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado	37 Transmissão sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado	Uso de drogas injetáveis Transfusão sanguínea Tratamento / hemotransfusão para hemofilia Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses	
	Informações sobre transfusão/acidente			
Ant. epid. (cont.)	39 Data da transfusão/acidente	40 UF	41 Município onde ocorreu a transfusão/acidente	Código (IBGE)
	42 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente Código	43 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica		
Aids em menores que 13 anos		Sinan NET		SVS 14/06/2006

<b>Dados do Laboratório</b>	<b>44</b>	Evidência laboratorial de infecção pelo HIV	1 - Positivo/reagente 5 - Indeterminado	2 - Negativo/não reagente 6 - Detectável 7 - Indetectável	3 - Inconclusivo 9 - Ignorado	4 - Não realizado	
	<b>Antes dos 18 meses de vida:</b> <input type="checkbox"/> 1º teste de detecção de ácido nucléico <input type="checkbox"/> 2º teste de detecção de ácido nucléico <input type="checkbox"/> 3º teste de detecção de ácido nucléico		<b>Após os 18 meses de vida:</b> <input type="checkbox"/> Teste de triagem anti-HIV <input type="checkbox"/> Teste confirmatório anti-HIV <input type="checkbox"/> Teste rápido 1 <input type="checkbox"/> Teste rápido 2 <input type="checkbox"/> Teste rápido 3				
<b>Critérios de definição de caso</b>	<b>45</b>	<b>Critério CDC adaptado</b>	1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado		
	<b>Doenças, sinais ou sintomas de caráter leve</b> <input type="checkbox"/> Aumento crônico de parótida <input type="checkbox"/> Dermatite persistente <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Infecções persistentes ou recorrentes de VAS (Otitite ou Sinusite) <input type="checkbox"/> Linfadenopatia >= 0.5 cm em mais de 2 sítios						
	<b>Doenças, sinais ou sintomas de caráter moderado/grave</b> <input type="checkbox"/> Anemia por mais de 30 dias <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago <input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões <input type="checkbox"/> Candidose oral resistente ao tratamento <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (qualquer outro local que não fígado, baço ou linfonodo > 1 mês de idade) <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Criptosporidiose com diarreia > 1 mês <input type="checkbox"/> Diarreia recorrente ou crônica <input type="checkbox"/> Encefalopatia pelo HIV <input type="checkbox"/> Febre persistente > 1 mês <input type="checkbox"/> Gengivo-estomatite herpética recorrente (mais de 2 episódios em 1 ano) <input type="checkbox"/> Hepatite por HIV <input type="checkbox"/> Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês em crianças > 1 mês de idade <input type="checkbox"/> Herpes zoster (ao menos 2 episódios distintos ou em mais de um dermatomo) <input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada <input type="checkbox"/> Infecções bacterianas de repetição/múltiplas (sepse, pneumonia, meningite, osteoartrites, abscessos em órgãos internos) <input type="checkbox"/> Infecção por citomegalovírus < 1 mês de idade <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica, por um período superior a 1 mês <input type="checkbox"/> Leiomiossarcoma <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva <input type="checkbox"/> Linfopenia por mais de 30 dias <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Linfoma primário de cérebro <input type="checkbox"/> Miocardiopatia <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada (exceto tuberculose e hanseníase) <input type="checkbox"/> Meningite bacteriana, pneumonia ou sepse (único episódio) <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Nocardiose <input type="checkbox"/> Pneumonia linfóide intersticial <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> <input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifoide) <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi <input type="checkbox"/> Síndrome da emaciação ( <i>Aids Wasting Syndrome</i> ) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral em crianças com mais de 1 mês de idade <input type="checkbox"/> Toxoplasmose iniciada antes de 1 mês de idade <input type="checkbox"/> Trombocitopenia por mais de 30 dias <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada ou extrapulmonar <input type="checkbox"/> Varicela disseminada						
	<b>Achados laboratoriais (contagem de linfócitos T CD4+ definidora de imunodeficiência de acordo com a idade)</b> <input type="checkbox"/> < 1.500 células por mm <sup>3</sup> (<25%) <input type="checkbox"/> < 1.000 células por mm <sup>3</sup> (<25%) <input type="checkbox"/> < 500 células por mm <sup>3</sup> (<25%)						
	<b>46</b>	<b>Critério óbito</b>	Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação				
<b>Trat.</b>	<b>47</b>	UF	<b>48</b>	Município onde se realiza o tratamento	Código (IBGE)	<b>49</b>	Unidade de saúde onde se realiza o tratamento
<b>Evolução</b>	<b>50</b>	Evolução do caso				<b>51</b>	Data do óbito
<b>Investigador</b>	1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 4 - Transferência para outro município 9 - Ignorado						
	Nome		Função				
	Assinatura						



## Anexo 2- Ficha de Notificação/ Investigação AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)				
<b>Definição de caso:</b> Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde ( <a href="http://www.aids.gov.br">www.aids.gov.br</a> ).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	AIDS	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	B 24	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	Provável modo de transmissão			
	32 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado	33 Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado		
	34 Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Uso de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia	Transfusão sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses	
	Informações sobre transfusão/acidente			
Dados do Laboratório	35 Data da transfusão/acidente	36 UF	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente	Código (IBGE)
	38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente	Código		
	39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica			
Dados do Laboratório	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV			
	1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado			
	Data da coleta Teste de triagem Teste rápido 1 Teste rápido 2 Teste rápido 3			

Aids em pacientes com 13 anos ou mais Sinan NET SVS 08/06/2006

Critérios de definição de casos de aids	<b>41 Critério Rio de Janeiro/Caracas</b> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)* <i>*Excluída a tuberculose como causa</i>		<input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2)		
	<b>42 Critério CDC adaptado</b> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago <input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês <input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês		<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral <input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm <sup>3</sup>		
	<b>43 Critério óbito -</b> Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
Trat.	44 UF	45 Município onde se realiza o tratamento	Código (IBGE)	46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento	Código
Evolução	47 Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado				48 Data do Óbito
Investigador	Nome			Função	
	Assinatura				

Aids em pacientes com 13 anos ou mais. Sinan NET SVS 08/06/2006